



Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen osaaminen - kirjaaminen hoitoprosessin eri vaiheissa

Vallenius, Liina

2012 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen osaaminen - kirjaaminen hoitoprosessin eri vaiheissa

Vallenius, Liina
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö 2012

Vallenius Liina

HOITOTYÖN RAKENTEISEN KIRJAAMISEN OSAAMINEN- KIRJAAMINEN HOITOPROSESSIN ERI VAIHEISSA

Vuosi	2012	Sivumäärä	42
-------	------	-----------	----

Opinnäytetyö valmistuu yhteistyössä Katriinan sairaalan osasto 4b:n kanssa ja se on osa valtakunnallista eNNI- hanketta (2008- 2012) ja Vantaan alueprojektia. Alueprojektissa olivat mukana Laurea Ammattikorkeakoulu sekä Katriinan sairaala osasto 4b. Alueprojektin tarkoituksena oli yhdenmukaistaa kirjaamiskäytänteitä ja tavoitteena oli osasto 4b:n hoitotyön rakenteisen kirjaamisen osaamisen kehittäminen. Katriinan sairaalassa osastolla 4b hoitotyön rakenteinen kirjaaminen otettiin käyttöön vuonna 2006 ja Vantaan alueprojektin käynnistyttyä, vuonna 2008, kirjaamista alettiin osastolla kehittää.

Sähköinen potilaskertomus perustuu rakenteiseen tietoon ja rakenteistamalla kirjaamista eli järjestelemällä sitä, saadaan kirjaamiseen lisää systemaattisuutta. Rakenteinen kirjaaminen edellyttää luokitusten ja termistöjen käyttämistä, joka vaatii hoitohenkilökunnalta niiden merkitysten sisäistämistä ja käyttöönoton ymmärtämistä. Yhteisten luokitusten ja termistöjen käyttöönotto tuo kirjaamiseen lisää yhdenmukaisuutta ja selkeyttä, jolloin tieto on helpommin löydettävissä. Rakenteisilla ydintiedoilla tarkoitetaan potilaan hoidon keskeisiä tietoja, joka sisältää esimerkiksi potilaan sairaus- ja terveyshistorian. Hoitotyön rakenteisessa kirjaamisessa käytetään suomalaista luokituskokonaisuutta (FinCC), joka koostuu hoitotyön tarveluokituksista (SHTaL & SHToL) sekä tuloluokituksesta (SHTuL). Tarveluokitukset koostuvat 19 komponentista.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa Katriinan sairaalan osasto 4b:lle hoitotyön rakenteisen kirjaamisen osaamisesta, jonka avulla osasto voi kehittää kirjaamista yhä edelleen. Tarkoituksena on kuvata hoitotyön rakenteista kirjaamista, etenkin sitä, kuinka hoitoprosessin eri vaiheet näkyvät kirjaamisessa sekä avata tarkemmin toimintakyky ja voimavara käsitteitä. Aineisto koostuu 15 potilasasiakirjasta, jotka on otettu yhden päivän ajalta vuonna 2011. Potilasaineisto analysoidaan aineistolähtöisellä sisällönanalyysimenetelmällä ja tarkoituksena on vastata tarkemmin asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Niihin vastaamalla selvitetään miten hoitoprosessin vaiheet näkyvät kirjaamisessa, millä tavoin potilaan toimintakykyä kuvataan hoitoprosessin eri vaiheissa sekä onko päivittäiskirjaaminen osa hoitosuunnitelmaa.

Tutkimustuloksista selviää, että hoitoprosessin eri vaiheet eivät aina näy kirjaamisessa sillä hoidon tavoitteet ja hoidon arvio jäävät usein kirjaamatta. Myös kirjatun tiedon määrä ja sisältö vaihtelevat hoitoprosessin eri vaiheissa. Tavoitteet tulisi kirjata selkeästi tavoitteina ja hoidon arvion päivittäminen säännöllisesti on tärkeää. Potilaan toimintakyvystä kirjataan melko kokonaisvaltaisesti ja fyysinen toimintakyky nousee kirjaamisesta eniten esille. Hoitosuunnitelma ja päivittäiskirjaaminen täsmäävät vain osittain ja hoitosuunnitelmat ovat ajoittain puutteellisia. Tuloksien pohjalta osastolla voidaan keskittyä yhä edelleen kirjaamiskäytänteiden kehittämiseen, jotta kaikki sisäistäisivät rakenteisen kirjaamisen periaatteet ja omaksuisivat yhtenäisen tavan kirjata. Kirjaamisen tulisi olla yhdenmukaisempaa ja hoitoprosessin eri vaiheet tulisi näkyä kirjaamisessa selkeämmin.

Avainsanat: hoitotyön rakenteinen kirjaaminen, toimintakyky, hoitoprosessi

Vallenius Liina

IMPLEMENTING STRUCTURED NURSING DOCUMENTATION DURING THE TREATMENT PROCESS

Year	2012	Pages	42
------	------	-------	----

This thesis is done in cooperation with Katriina Hospital Unit 4b and it is part of nationwide eNNi project (2008- 2012) and the regional project in Vantaa. The regional project in Vantaa involves Laurea University of Applied Sciences and Katriina Hospital Unit 4b. The purpose of the regional project in Vantaa is to harmonise documentation methods and the aim is to develop expertise in structured documentation. Katriina Hospital Unit 4b has used structured documentation in nursing care since 2006, but the development of the documentation began in 2008 when the regional project in Vantaa started.

Electronic patient record is based on structured information and by structuring, i.e. arranging documentation it can be much more systematic. Structured documentation requires the use of terminologies and classifications which implies that the staff has to internalise their meaning and understand their use. The deployment of common classification and terminologies brings uniformity and clarity to the documentation so that the information can be found more easily. The structured core information means the main content of the patient's nursing care which includes for example the patient's medical and health history. The Finnish classification (FinCC) is used in the structured documentation of nursing care. It consists of two classifications concerning the needs (SHTaL & SHToL) and one classification concerning the results (SHTuL). The classifications concerning the needs consist of 19 components.

The aim of this thesis is to provide information about the expertise of structured documentation in nursing to the Katriina Hospital Unit 4b which helps the unit to develop documentation further. The purpose is to describe structured documentation in nursing care especially how the various stages of treatment process appear in the documentation and to define the concepts ability to function and resource. The material consists of 15 patient records and it was collected during one day in 2011. The patient data will be analysed by using the content analysis method and the purpose is to answer the research questions which are set more specifically. The answers will explain how the stages of treatment process appear in documentation, how the patient's ability to function is described in different stages of treatment process and whether the daily documentation is part of the care plan.

The research results show that the different stages of treatment process are not always visible because the objectives of care and the estimate of care are often not documented. Also the amount and the content of documented information varied in the different stages of treatment process. The aims should be documented clearly as an objectives and updating the estimate of care regularly is important. The patient's ability to function is documented quite comprehensively and the physical ability to function appears most in documentation. The care plan and daily documentation correspond to each other only partly and care plans are incomplete at times. Based on the results the focus should be on developing the documentation practice so that everyone would internalise the principles of structured documentation and adopt a harmonised way to document the information. The documentation should be more uniform and the different stages of treatment should appear more clearly in documentation.

Keywords: structured documentation in nursing care, ability to function, treatment process

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	6
2	HOITOTYÖN RAKENTEINEN KIRJAAMINEN	7
2.1	Hoitotyön prosessi	9
2.2	FinCC	10
3	VOIMAVARAT POTILAAN TOIMINTAKYVYN LÄHTÖKOHTANA	11
3.1	Voimavara käsitteenä	12
3.2	Toimintakyky käsitteenä	12
3.3	Toimintakykyä ylläpitävä ja edistävä hoitotyö	14
4	HOITOTYÖN KIRJAAMINEN KATRIINAN SAIRAALASSA	14
4.1	Kirjaamiskäytännöt ja kirjaamisen lähtötilanne osastolla 4b	16
4.2	Hoitohenkilökunnan koulutukset	17
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	18
5.1	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	18
5.2	Aineisto ja tutkimuslupa	19
5.3	Sisällönanalyysi	19
6	TUTKIMUSTULOKSET	20
6.1	Hoitoprosessin eri vaiheet kirjaamisessa	20
6.2	Potilaan toimintakyky hoitoprosessin eri vaiheissa	25
6.3	Hoitosuunnitelma ja päivittäiskirjaaminen	27
7	JOHTOPÄÄTÖKSET	30
7.1	Kehittämissuhteet	31
7.2	Hyöty yhteistyökumppaneille	32
8	POHDINTA	33
8.1	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	33
8.2	Itsearviointi	34
	LÄHTEET	36
	LIITTEET	39
	FinCC 2.0.1. - komponentit	39
	Pää- ja alaluokat	40
	Koulutukset Katriinan sairaalassa	41

1 JOHDANTO

eNNi- hanke oli valtakunnallinen hanke vuosille 2008 - 2012, jossa sairaanhoitajat, hoitotyön opiskelijat, opettajat sekä johtajat tekivät yhteistyötä, tuottivat uutta osaamista sekä uudistivat hoitotyön käytänteitä. Hanke oli toimintamalliltaan tutkimus- ja kehittämisprosessi, joka jakautui neljään eri osaan; toimintaympäristödialogiin, osaamisen tuottamiseen, osaamisen hyödyntämiseen ja vaikuttavuuden arviointiin. Toimintamallina käytettiin kehittämispohjaisen oppimisen LbD (Learning by Developing) mukaisesti juurruttamismenetelmää. (Hankekuvaus 2008.) Learning by Developing- toimintamalli pyrkii yhdistämään opetuksen, tutkimus- ja kehitysyhteistyön ja tällä tavoin parantaa oppimisen työelämäläheisyyttä. Laurea pedagoginen strategia määrittelee LbD- mallin autenttisuutta, kokemuksellisuutta, tutkimuksellisuutta ja kumppanuutta pohjaavaksi kehittämispohjaiseksi oppimisen toimintamalliksi. (Kallioinen 2008.)

Laurea koordinoi 14 ammattikorkeakoulun osahanketta vuosille 2008- 2009 sekä opetusministeriön rahoittamaa 19 ammattikorkeakoulun osahanketta vuosille 2009 - 2010. Tässä osahankkeessa eNNi:n terveydenhuollon organisaatioiden sairaanhoitajista, ammattikorkeakoulujen hoitotyön opettajista sekä informaatioista kootut alueelliset työryhmät kouluttautuvivat vuonna 2009 - 2010 koordinoimaan tarvittavaa kehittämistä alueillaan (Ikonen 2008). Työelämän yksiköiden ja ammattikorkeakoulujen osahankkeet muodostivat alueellisia hankkeita. Yksi näistä osahankkeista oli Vantaan alueprojekti, jonka tarkoituksena oli yhdenmukaistaa kirjaamiskäytänteitä. Tässä alueprojektissa olivat mukana Katriinan sairaalan osaston 4b hoito henkilökunta sekä Laurea Tikkurilan hoitotyön opettajia ja sairaanhoidon opiskelijoita (eNNi:n osaamisen kehittämissuunnitelma 2008.)

Laurea Tikkurilan sairaanhoidon opiskelijat Juha Kauppinen ja Maarit Palomäki ovat tehneet yhteistyössä Katriinan sairaalan osasto 4b:n kanssa opinnäytetyön, joka valmistui vuonna 2008. Työ kuvaa hoitotyön rakenteisen kirjaamisen osaamisen lähtötilanteen, vuonna 2008, osastolla 4b. Vuonna 2011 valmistui Anne Hukkasen ja Leila Malinin opinnäytetyö, joka kuvaa rakenteisen kirjaamisen osaamisen kehittymistä osastolla 4b.

Tämä opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Katriinan sairaalan osasto 4b:n kanssa ja työn tarkoituksena on kuvata hoitotyön rakenteisen kirjaamisen osaamista. Teoriaosuudessa työ avaa tarkemmin myös toimintakyky ja voimavara käsitteitä. Tavoitteena on tuottaa tietoa Katriinan sairaalan osasto 4b:n hoitotyön rakenteisen kirjaamisen osaamisesta, jonka avulla osastolla voidaan kehittää hoitotyön kirjaamista yhä edelleen. Teoriaosuuden lisäksi työ avaa kvalitatiivisen tutkimuksen avulla hoitotyön rakenteista kirjaamista hoitoprosessin eri vaiheissa. Työ selvittää myös kuinka potilaan toimintakyvystä on kirjattu hoitoprosessin eri vaiheissa

sekä kuinka yhdenmukaisia hoitosuunnitelmat ja päivittäiskirjaamiset ovat. Tutkimusaineisto koostuu potilasasiakirjoista, jotka ovat kaikki samalta otantapäivältä vuodelta 2011.

2 HOITOTYÖN RAKENTEINEN KIRJAAMINEN

Valtioneuvosto teki vuonna 2002 periaatepäätöksen valtakunnallisesta sähköisestä sairausker-
tomuksesta, joka tuli ottaa käyttöön vuoteen 2007 mennessä. Tämä edellytti sitä, että poti-
lastietojärjestelmissä käytetään yhdenmukaisia, rakenteisia ydintietoja sekä valtakunnallises-
ti yhteneväisiä koodistoja, luokituksia ja termejä. Strategia sähköisten potilasasiakirjajärjes-
telmien valtakunnallisesta määrittelystä ja toimeenpanosta julkaistiin vuonna 2004. (Honki-
maa- Salmi 2006, 5.) Rakenteisia ydintietoja otettiin käyttöön vähitellen vuonna 2005, joita
voidaan siirtää järjestelmästä toiseen koodaamalla ne sanastojen, luokitusten ja nimikkeistö-
jen avulla (Remes 2006, 6, 17).

Kansallisessa terveyshankkeessa 2003- 2007 tehtävänä oli kehittää terveyspalveluja valtion ja
kuntien yhteistyönä. Erityisesti kiinnitettiin huomiota sähköisten potilaskertomusjärjestelmi-
en yhteensopivuuteen. (Remes 2006, 17; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 5.) Vuoteen 2011
mennessä tavoitteena oli, että kaikki potilastiedot tuotetaan yhtenäisellä tavalla sähköiseen
kansalliseen arkistoon, jota ylläpitää Kela (Syväoja & Äijälä 2009, 86).

Sähköisen potilastietojärjestelmän käyttöönotto on ollut merkittävä edistys, sillä se on paran-
tanut potilastiedostojen luettavuutta, saatavuutta ja datan laatua. (Roukema ym. 2006, 16.)
Sähköinen potilaskertomus perustuu rakenteiseen tietoon. Tietojen rakenteisuus helpottaa
tietojen uudelleen käytön mahdollisuutta. Yhteisten luokitusten käyttäminen tekee kirjaami-
sesta selkeämpää sekä helpottaa tietojen löytymistä. Uusien luokitusten ja termistöjen käyt-
töönotto vaatii henkilökunnalta luokitusten merkitysten ymmärtämistä ja käyttöä sekä järjes-
telmän teknistä hallintaa. (Remes 2006, 6, 19-20). Tiedon ollessa rakenteellisessa muodossa,
on hoitotyön ammattilaisten helpompi löytää haluamansa tiedot suuresta tietomäärästä (Sosi-
aali- ja terveysministeriö 2004.) Oikeanlaiset ja yhtenäiset termistöt takaavat sen, että tieto
pystytään hyödyntämään myös jatkossa (Laine 2008, 7-11).

Rakenteistamalla kirjaamista eli jäsentämällä sitä, voidaan kirjaamiseen lisätä systemaatti-
suutta. Kirjaamisen systemaattisuudella tarkoitetaan yhdessä sovittua käytänteitä mitä kirja-
taan (sisältö) ja miten kirjataan (rakenne). Strukturoimalla eli luokittelemalla ja rakenteis-
tamalla eli järjestämällä hoitotyön kirjaamista saadaan kirjaamiseen lisää systemaattisuutta.
(Syväoja & Äijälä 2009, 86.) Systemaattisuutta hoitotyön kirjaamiseen on tuonut hoidollisen
päätöksenteon prosessimalli. Prosessimalli voidaan jakaa kolmeen, neljään tai jopa kuuteen
päätöksenteon vaiheeseen riippuen toimintaympäristöstä. (Sonninen 2007, 66.)

Rakenteisilla ydintiedoilla tarkoitetaan potilaan hoidon keskeisiä tietoja, joiden avulla saadaan kokonaiskuva potilaan sairaus- ja terveyshistoriasta ja siihen liittyvästä hoidosta. Rakenteiset ydintiedot toimivat ikään kuin linkkinä potilaskertomuksen muihin osiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.) Ydintiedot sisältävät myös potilaan sekä hoidon antajan tunnistetiedot (Ensio & Saranto 2004, 38). Potilaskertomuksessa olevaa rakenteista ydintietoa täydennetään vapaamuotoisella tekstillä sekä esimerkiksi röntgenkuvilla ja multimedialla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004). Suomessa hoitotyön ydintiedoiksi on määritelty hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoitotyön tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto (Syväoja & Äijälä 2009, 87).

Hoitotyön virheettömällä dokumentoinnilla on suuri merkitys potilaan päivittäiseen hoitoon (Laine 2008, 11). Kirjaamisen toteuttamisessa noudatetaan lainsäädännössä asetettuja normeja ja ohjeita, jotka mahdollistavat sekä potilaalle että hoitohenkilöstölle molemminpuolisen oikeusturvan. (Volotinen 2008, 14 -15.) Potilaan oikeusturvan toteuttamisessa keskeisessä asemassa ovat potilasasiakirjat, jotka ovat laillisia dokumentteja (Volotinen 2008,14). Tietosuoja ja tietoturvan toteutuminen erityisesti sähköisessä potilaskertomuksessa on tärkeää, jotta voidaan kaikissa olosuhteissa turvata salassa pidettävyys. (Ensio 2007, 135.) Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä tuli voimaan vuonna 2007, jonka tarkoituksena on edistää sähköisten asiakastietojen tietoturvallista käsittelyä (L 2007/159). Potilaan yksityisoikeuden suoja edellyttää, että hoitoalan ammattihenkilöt hankkivat, käyttävät ja luovuttavat potilaasta tietoa vain sen verran, mikä on tarpeen potilaan hoidon kannalta. Terveystenhuollon ammattihenkilöiden tulee tuntea potilaan oikeuksia koskevat lainsäädännöt. (Volotinen 2008,14.)

Potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. Tätä voidaan pitää yhtenä tärkeimmistä kirjaamista ohjaavista periaatteista. (Hallila 2005, 20.) Potilastietojen käsittelyssä lähtökohtana on henkilötietolaki (Volotinen 2008, 15). Henkilötietolain mukaan terveydenhuollon toimintayksikön tai terveydenhuollon ammattihenkilön toiminnassaan saama tarkoituksenmukainen ja potilaan hoidon kannalta välttämätön tieto, on kirjattava, vaikka se olisi arkaluontoista. (Väänänen 2008, 18.) Hoitotyön kirjaamisen tavoitteena on hoidon jatkuvuus ja saumattomuus. Kirjaamisen tarkoituksena on luoda hyvät olosuhteet hoidon etenemiselle sekä varmistaa hoidon seuranta ja sen toteutus. Hoitotyön kirjaamisen merkitys on yhä lisääntymässä, sillä potilaiden kiinnostus omaa terveyttään kohtaan on lisääntynyt ja terveydenhuoltojärjestelmä elää jatkuvassa muutoksessa. Kirjaamisella on yhä merkittävämpi osa potilaan kokonaisuhoitossa ja se on myös yksi hoitotyön haasteellisimmista osa-alueista. (Volotinen 2008, 6.)

2.1 Hoitotyön prosessi

Kirjaamisen lähtökohtana tulisi olla potilaan vointi sekä siihen liittyvät hoidolliset ongelmat (Lauri, Eriksson & Hupli 1998, 94). Kirjaamisen tulisi perustua potilaan tarpeisiin eli sen tulisi olla potilaslähtöistä. Potilaslähtöisessä kirjaamisessa, hoitotyön tavoitteet kirjataan potilaan tilana, ei hoitotyön toimintoina. (Syväoja & Äijälä 2009, 87.) Potilaan voinnin ja mahdollisten hoidollisten ongelmien pohjalta päätetään hoidon suunnittelusta ja toteutuksesta, jonka jälkeen arvioidaan hoidon vaikutusta. Tässä arvioinnissa apuna käytetään hoitosuunnitelmaa, joka on hoidollista tilannetta ohjaava malli. Se auttaa ennakoimaan, selittämään ja hallitsemaan sekä arvioimaan tilanteen kehitystä. (Lauri, Eriksson & Hupli 1998, 95-96.)

Potilaita hoidettaessa tehdään jatkuvasti päätöksiä, määriteltäessä potilaan hoitotyön tarpeita ja suunniteltaessa, toteuttaessa ja arvioidessa hoitoa. Hoitotyöhön sovellettu prosessimalli antaa kehyksen hoitotyön kirjaamiselle sekä sen toiminnalle. Yksilöllinen hoidon toteutus ja tavoitteellinen toiminta mahdollistuu huolellisella suunnittelulla. (Ensio 2007, 56.)

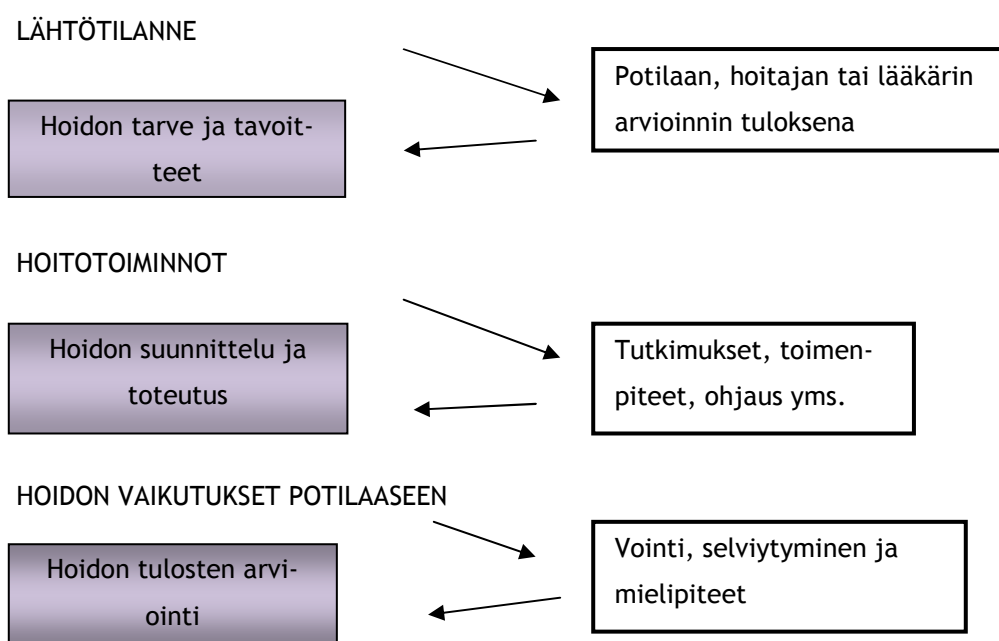
WHO:n hoitotyön kehittämisohjelma otettiin käyttöön 1980-luvulla, jossa korostetaan päätöksenteon prosessinomaisuutta ja sen tavoitteena oli selkiinnyttää hoitotyön kirjallista suunnittelua. Ensin hoitotyön prosessimalli jakaantui neljään eri vaiheeseen; hoitotyön tarpeen arviointi, suunnittelu, toteutus ja arviointi. Näiden lisäksi nousi esille myös viides vaihe - hoitotyön diagnoosi (Ensio & Saranto 2004, 36). Myöhemmin hoitotyön prosessi laajeni kuusivaiheiseksi, jolloin mukaan tuli vaihe ”odotettujen tulosten nimeäminen” (Ensio 2007, 57.) Nähtiin tarpeellisenä nimetä ne asiat tai hoidolliset ongelmat, jotka hoitotyön kirjaamisessa, potilaan hoidon tarpeen arvioinnissa tunnistetaan. (Ensio & Saranto 2004, 36.)

Hoidon tarve on kuvaus potilaan terveydentilaan liittyvistä ongelmista, joita voidaan lievittää tai poistaa hoitotoimintojen avulla. Siinä kartoitetaan potilaan hoitoon tai elämäntilanteeseen liittyviä ongelmia. Hoitosuunnitelmaan kirjataan hoidon kannalta merkittävät hoidon tarpeet. Hoitotyön toiminnoissa kuvataan hoidon suunnittelua ja toteutusta. Hoitosuunnitelmaan merkitään potilaan hoidon kannalta merkittävät hoitotyön toiminnot. Hoitotyön arvioinnissa kirjataan hoidon tuloksia. Arviointi tehdään suhteessa potilaan hoidon tarpeisiin ja toteutuneeseen hoitoon. (Liljamäki, Kaakinen & Ensio 2008).

Odotettujen hoitotulosten tai hoidon tarpeen täsmällinen kirjaaminen edistävät koko hoitoprosessin arviointia. On mahdotonta osoittaa esimerkiksi hoidon vaikutuksia, jos emme tiedä potilaan tulotilannetta ja mikä on potilaan vointi heti hoitoprosessin alussa. Hoidon edetessä hoitajan tulisi tunnistaa potilaan ongelmat ja kerätä tietoja potilaasta, valita oikeat hoidolliset toiminnot ja viimeisenä arvioida hoidon vaikutuksia asiakkaaseen ja potilaaseen (Kuvio 2). (Ensio & Saranto 2004, 36-37.)

Vuosikymmenien aikana hoitotyön prosessin vaiheiden painotukset ovat vaihdelleet. Yhtenäisiin kirjaamisrakenteisiin perustuvat käytännöt hoidon tarpeiden ja toimintojen kirjaamisessa mahdollistavat tulosten ilmaisemisen yhä systemaattisemmin. Elektronien kirjaaminen noudattaa hoidollisen päätöksenteon prosessimallia, vaikka kaikissa potilastietojärjestelmissä ei kaikki prosessin eri vaiheet ole systemaattisesti näkyvillä. (Ensio 2007, 62-63.) Hoidollinen päätöksenteko kirjaamisessa on esitetty alla olevassa kuviossa 1.

HOIDOLLINEN PÄÄTÖKSENTEKO KIRJAAMISESSA



Kuvio 1 Hoidollinen päätöksenteko kirjaamisessa (Muk. Ensio & Saranto 2004)

2.2 FinCC

Suomessa yhtenäistä hoitotyön kirjaamismallia on kehitetty jo useita vuosia eri hankkeissa. Valtakunnallisen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin eli HoiDok:in hankkeessa kehitettiin vuosina 2005 - 2008 kansallisesti yhtenäinen hoitotyön systemaattinen kirjaamismalli, joka perustuu hoitotyön ydintietoihin ja FinCC - luokituskokonaisuuteen. FinCC 2.0.1. sisältää hoitotyön tarveluokituksen (SHTaL), toimintoluokituksen (SHToL) sekä hoitotyön tuloluokituksen (SHTuL). (Varsinaissuomen sairaanhoitopiiri, 2005 - 2008) HoiDok:n rinnakkaishankkeessa, HoiData eli kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot, hankkeessa oli tarkoituksena juurruttaa kirjaamisen malli käytäntöön vuosina 2007 - 2009. eNNi-hanke jatkaa tätä työtä vuosina 2008-2012, jossa yhtenäisen hoitotyön kirjaamisen mallin käyttöön tarvittavaa osaamista ja mallin

käytäntöön juurruttamista toteutetaan yhteistyössä terveydenhuollon organisaatioiden ja ammattikorkeakoulujen kanssa. (eNNI- hanke 2008.)

Clinical Care Classification eli CCC on yhdysvaltalainen luokitus, jonka on perustanut Virginia Saba yhdessä työryhmänsä kanssa Georgetownin yliopistossa. Luokituksen avulla voidaan kuvata potilaan koko hoitoprosessia, joka muodostuu diagnoosi- ja toimintoluokituksesta. (Saba 2007.)

Hoitotyön systemaattisessa kirjaamisessa käytetään suomalaista hoitotyön luokitusta FinCC, joka perustuu kansainväliseen Clinical Care Classification (CCC)- luokitukseen. Suomalainen hoitotyön luokitus FinCC 2.0.1. muodostuu kahdesta hierarkkisesta luokituksesta (SHTaL ja SHToL) sekä tulosluokituksesta (SHTuL), jonka avulla arvioidaan hoidon tulosta. Hoitotyön tarveluokitus (SHTaL) sekä hoitotyön toimintoluokitus (SHToL) koostuvat 19 komponentista ja kukin komponentti sisältää vaihtelevan määrän pää- ja alaluokkia (LIITE 1). Nämä 19 komponenttia kuvaavat potilaan psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista tilaa sekä käyttäytymistä ja terveyspalveluiden käyttöä. (Liljamo ym. 2008)

Kirjaaminen FinCC 2.0.1. luokitusjärjestelmään tapahtuu käytännössä käyttämällä pää- ja alaluokkia, jonka jälkeen seuraa ammattilaisen vapaa teksti. Kirjattaessa ei käytetä lainkaan ylintä eli komponenttitasoa (LIITE 2). Hoitotyön tarveluokitusta ja hoitotyön toimintoluokitusta käytetään päivittäisessä kirjaamisessa vuodeosastoilla, poliklinikoilla ja avosektorilla. Näitä luokituksia voidaan käyttää erikseenkin, mutta selkeintä on jos niitä käytetään rinnakkain. (Liljamo ym. 2008.)

Hoidon tarveluokituksen (SHTaL) pää- ja alaluokkia käytetään apuna, kun tarvitsee määritellä hoidon tarve. Tätä ennen ammattilainen haastattelee potilasta ja kerää taustatietoja hoidon tarpeen määrittelyä varten. Hoidon tarpeille asetetaan tavoitteet ja valitaan toiminnot hoitotyön toimintoluokituksen (SHToL) pää- ja alaluokkia apuna käyttäen. Hoitotyön toimintaluokituksen avulla kirjataan toteutunut hoito ja lopuksi arvioidaan koko hoidon tulosta suhteessa hoidon tarpeisiin, tavoitteisiin ja toteutukseen. (Liljamo ym. 2008.)

3 VOIMAVARAT POTILAAN TOIMINTAKYVYN LÄHTÖKOHTANA

Ihmisen omat voimavarat muodostavat lähtökohdan toimintakyvylle. Omien voimavarojen avulla ihmisen tulisi selviytyä elämän ja kasvun asettamista selviytymisvaatimuksista. (Rissanen 1999.)

3.1 Voimavara käsitteenä

Voimavara käsitettä on käsitelty muun muassa terveystieteiden, psykologian, sosiaalitieteiden ja hoitotieteen piirissä. Käsitettä ei voida määrittää yksiselitteisesti, koska sen käyttö ja sille annetut merkitykset vaihtelevat eri tieteenalojen tutkimuksissa. Tämän vuoksi on järkevää puhua voimavaralähtöisestä ajattelusta, eikä määritellä voimavaroja vain yhdellä käsitteellä. (Salo 2002, 14.)

Voimavaroja on kirjallisuudessa tarkasteltu useilla eri termeillä. Voimavara sana tarkoittaa Suomen kielen sanakirjojen mukaan: taito, kyky, vahvuus, taipumus, lahja, edellytykset, mahti, suorituskky, potentiaali, kapasiteetti, voima ja teho. (Hassinen 2003, 7.)

Hoitotieteellisissä tutkimuksissa ihmisen voimavarat on luokiteltu ulkoisiin ja sisäisiin voimavaroihin. Persoonaan liittyvät ja synnynnäiset asiat, kuten terveys, koulutus, tiedot ja taidot, itsetunto, luonteenpiirteet ja selviytymisstrategiat ovat sisäisiä voimavaroja. Kyky selviytyä haasteellisesta tilanteesta voi olla persoonallinen voimavara. Ulkoisia voimavaroja ovat esimerkiksi sosiaaliset verkostot, ulkomaailman suomat mahdollisuudet mielekkääseen elämään ja aineelliset voimavarat. (Hassinen 2003, 8.) Yksilön selviytymiseen vaikuttaa hänen ulottuvillaan olevat voimavarat, jotka ovat yksilöllään itsessään, ryhmässä tai tarjolla yhteiskunnassa. Nämä voimavarat auttavat välttämään kuormitustekijöitä sekä myös selviämään niistä. Voimavarat ovat keskenään tasavertaisia ja täydentävät toisiaan. (Hassinen 2003, 8-9.)

Empowerment- termi tarkoittaa voimaantumista, voimistumista, voimavaraistumista tai sisäistä voimantunnetta. Sanalle ei ole suomen kielessä osuvaa, yhteisesti sovittua vastinetta. Termin merkitystä on tutkittu tieteenaloilla laajasti. (Hassinen 2003, 9.) Voimaantuminen on prosessi, jossa heikoimmassa asemassa olevat ihmiset työskentelevät yhdessä voidakseen kontrolloida yhä enemmän tapahtumia, jotka määräävät heidän elämänsä (Laverack 2004, 46). Voimaantunut ihminen on löytänyt omat voimavaransa. Voimaantuminen nähdään itsetunnon kehittäjänä ja oman sekä toisten arvojen tunnistamisena. (Siitonen 1999.)

3.2 Toimintakyky käsitteenä

Toimintakyky käsitteenä liittyy hyvinvointiin ja se voidaan määrittää joko voimavaralähtöisesti eli jäljellä olevan toimintakyvyn tasona tai todettuina toiminnan vajeina (Luoma ym. 2007, 41). Hyvän toimintakyvyn ansiosta ihminen pystyy olemaan yhteiskunnan aktiivinen jäsen (Räty 2003, 12). Toimintakyky on yksilön henkilökohtainen ominaisuus tai asia, joka muotoutuu kun yksilö ja ympäristö ovat vuorovaikutuksessa. Toimintakyky käsite koskee eri-ikäisiä, erilaisissa elämäntilanteissa olevia ihmisiä. Käsite voidaan jakaa fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen sekä kognitiiviseen toimintakykyyn. (Paavilainen 2002, 4.)

Fyysisen toimintakyvyn alle kuuluvat erilaiset toiminnot kuten syöminen ja juominen, pukeutuminen, liikkuminen ja apuvälineiden käyttö. Fyysisellä toimintakyvyllä voidaan tarkoittaa myös yksittäisen elimen toimintaa. Fyysinen toimintakyky muodostuu lähinnä tuki- ja liikuntaelinten sekä hengitys- ja verenkiertoelinten toimintakyvystä. (Rissanen 1999, 32.) Fyysiseen toimintakykyyn liittyy läheisesti käsitteet fyysinen kunto ja fyysinen suorituskky (Rissanen 1999, 32). Päivittäisiä toimintoja, joista ihmisen tulisi suoriutua, kutsutaan ADL- toiminnoiksi. Yksilön fyysistä toimintakykyä tarkasteltaessa seurataan yksilön kykyä selviytyä päivittäisistä toiminnoista, joita ovat esimerkiksi syöminen, juominen ja peseytyminen. (Kettunen ym. 2009, 92-93.)

Psyykinen toimintakyky käsittää mielentoiminnot kuten mielenterveys, mieliala ja haasteista selviytyminen. Sosiaaliseen toimintakykyyn kuuluu muiden ihmisten kanssakäyminen ja vuorovaikutus sekä ystävien ja sukulaisten huomioiminen. Älylliseen eli kognitiiviseen toimintakykyyn kuuluu esimerkiksi päättelykyky, muistin toiminta ja puheen ymmärtäminen. (Luoma 2007, 28.)

Toimintakyvyn eri osa-alueiden erottaminen toisistaan saattaa olla hankalaa, sillä kaikilla osa-alueilla esiintyy komponentteja toisilta toimintakyvyn osa-alueilta. Fyysiseen toimintakykyyn on tiiviisti yhteydessä myös sosiaalinen toimintakyky, sillä esimerkiksi ilman liikuntakykyä on hankala osallistua erilaisiin sosiaalisiin tapahtumiin. (Paavilainen 2002, 5.)

Kyky selviytyä päivittäisistä toiminnoista, ei ainoastaan riipu yksilöstä vaan myös ympäristön asettamista vaatimuksista ja edellytyksistä. Ympäristön muuttuessa ajan kanssa, myös yksilön toimintakyky muuttuu. (Rissanen 1999, 31 - 32.) Fyysinen toimintakyky saattaa heikentyä iän myötä, mikä saattaa aiheuttaa erilaisia sosiaalisia seurauksia ja pahimmassa tapauksessa pysyvää työkyvyttömyyttä tai laitoshoidoa (Räty 2003, 12), läkkäillä ihmisillä toimintakyvyn taso saattaa vaihdella päivittäin (Rissanen 1999, 32).

Suomalaisten tutkimusten mukaan vanhuksilla toimintakyky alkaa heikentyä yli 75-vuotiaana. Eri sairaudet vaikuttavat toimintakykyyn enemmän naisilla kuin miehillä. (Rissanen 1999, 34.) Fyysisen toimintakyvyn edistäminen onnistuu parhaiten, jos kuntoutuja pitää sitä, itsensä ja hyvinvointinsa kannalta tärkeänä (Kettunen ym. 2009, 91). Arvioidessa potilaan toimintakykyä, on syytä miettiä, mikä on paras keino kuvata potilaan toimintakykyä. Hoitotyöntekijä havainnoi potilaan kuntoutumista päivittäin ja muistaa myös kirjata potilaan toimintakykyä koskevat muutokset päivittäin. (Kettunen ym. 2009, 92.)

3.3 Toimintakykyä ylläpitävä ja edistävä hoitotyö

Toimintakyvyn ylläpitäminen on tärkeää, sillä se edistää ihmisen hyvinvointia, itsenäisyyttä ja elämänlaatua. Toimintakyvyn huonontuessa palvelujärjestelmät sekä läheiset kuormittuvat. Kuntouttavalla toiminnalla voidaan edistää ja ylläpitää potilaan toimintakykyä ja voimavaroja. (Laari 2007, 4-5.) Toimintakykyä edistävässä hoidossa on tunnistettava potilaan voimavarat, joita tulisi osata hyödyntää. Olennaista on myös potilaan kanssa yhdessä tekeminen. Hoitajan rooli toimintakykyä edistävässä hoitotyössä on vähentää potilaan kuntoutumista hidastavia emotionaalisia, fyysisiä sekä sosiaalisia esteitä. Hoitajan tulisi kuunnella ja kannustaa potilasta sekä olla läsnä, jotta potilas voisi tuoda esille mahdolliset pelot ja huolet. (Luoma 2007, 41-42.)

Toimintakykyä edistävä hoitotyö on tavoitteellista toimintaa ja tavoitteista tulisi keskustella yhdessä potilaan ja muun moniammatillisen tiimin kanssa. Kaikkien osapuolten tulisi olla motivoituneita ja sitoutuneita asetettuihin tavoitteisiin, mikä on toimintakyvyn kannalta tärkeää. Asetettujen tavoitteiden tulisi olla konkreettisia, joita ei ole mahdotonta saavuttaa. (Luoma 2007, 42.)

Toimintakykyä ylläpitävässä työotteessa vaaditaan asiakaslähtöisyyttä ja asiakas tulisi ottaa huomioon kaikilla toimintakyvyn eri tasoilla. Potilaan yksilöllistä toimintakykyä voidaan yhteistyössä parantaa erilaisin menetelmin, mutta tätä ei voida ylläpitää ilman potilaan omaa tahtoa. Toimintakykyä ylläpitävän ja edistävän työotteen tavoitteena on asiakkaan elämänlaadun säilyttäminen subjektiivisesti koettuna arvokkaana ja hyvänä elämänä. (Hägg, Heino & Niiniö 2006, 13- 14.)

Toimintakyvyn ylläpitämiseen vaikuttaa ympäristö ja muut ihmiset. Potilaan voimavarojen käyttöön ottaminen ja siihen liittyvä ohjaus, saattavat viedä hoitajalta enemmän aikaa. Lopujen lopuksi toimintakykyä ja voimavaroja tukeva hoito saattaa kuitenkin vähentää auttamisen tarvetta. Asiakkaan omien voimavarojen vahvistaminen, vuorovaikutuksellinen suhde hoitajan ja potilaan välillä, luottamuksellinen suhde potilaan ja hoitajan välillä, omaisten ja ystävien osallistumisen tukeminen, tiimitoiminnan ja monipuolisen osaamisen hyödyntäminen sekä potilaan elämänhistorian ja elämäntilanteen tunteminen ovat toimintakykyä ylläpitävän hoitotyön pääperiaatteita. (Luoma 2007, 42.)

4 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN KATRIINAN SAIRAALASSA

Katriinan sairaalassa on siirrytty rakenteiseen kirjaamiseen vuoden 2006 alussa, jolloin otettiin käyttöön GFS (graafinen finstar) potilastietojärjestelmä, joka sisältää FinCC 2.0.1 luoki-

tuskokonaisuuden. Rakenteista kirjaamista oli opeteltu syksyllä 2005 niin päivittäisten toimintojen kuin hoitosuunnitelman laadinnan suhteen. Aluksi kirjaaminen tapahtui vain päivittäisten toimintojen kohdalta ja käytössä oli vain pari yleistä pääluokkaa, kuten ”toimintakyvyn seuranta” ja ”erittäminen”, joiden alle kirjattiin vapaata tekstiä.

Keväällä 2006 otettiin käyttöön hoitosuunnitelmat. Ennen yhdenmukaisia, sähköisiä potilasasiakirjoja, päivittäiskirjaamiset kirjattiin paperilomakkeille ja hoitosuunnitelmat löytyivät toisesta sähköisestä järjestelmästä. Nykyisin eri osastojen edustajat tapaavat yhteisissä kirjaamiskokouksissa ja sopivat yhteisesti käytettävistä luokista. Osasto 4b:n tarkoituksena on kehittää päivittäiskirjaamista hoitosuunnitelmien avulla.

Vuonna 2008 keskusteltiin kirjaamiseen liittyvistä kehittämishankkeista ja osastolla oli koettu hankalaksi luokitusten suuri määrä ja niiden haun koettiin tuottavan vaikeuksia. Hoitosuunnitelmat eivät yhdistyneet päivittäiskirjaamisen kanssa ja epätietoisuutta tuotti se, ettei tiedetty mitä kirjataan hoitosuunnitelmiin ja mitä päivittäiskirjaamisiin. Kehittämistarvetta koettiin myös voimavaralähtöiseen hoitotyön kirjaamiseen sekä esi- että taustatietojen parempaan kartoittamiseen ja hyödyntämiseen. Toimintakyvyn kartoitus tulotilanteessa ja hoitotoimintojen valinnassa potilaan tarpeisiin vastaaminen voimavaroja vahvistavasti vaati lisäkoulutusta. Potilaslähtöinen vapaan tekstin osuus ja säännöllinen arviointi ovat osaston henkilökunnan mukaan haasteena tarve- ja toimintoluokitusten kirjaamisessa.

Vantaan alueprojekti asetti tavoitteet rakenteisen kirjaamisen suhteen Katriinan sairaalan osastolle 4b:

- *Hoitoprosessin osaaminen kehittyä siten, että prosessin kaikki vaiheet näkyvät kirjaamisessa*
- *Kirjaaminen on potilas- ja voimavaralähtöistä*
- *Yhteisten sopimusten luominen luokitusten käytöstä haavapotilaan hoitoprosessissa*
- *Kirjaaminen yhdenmukaistuu koko henkilökunnan keskuudessa.*
- *Hoidon tavoitteet kirjataan*
- *Hoitotyön suunnitelma liittyy luontevana osana päivittäiseen kirjaamiseen*
- *Päivittäisessä kirjaamisessa näkyy hoitotoimintojen vaikuttavuus*
- *Luonteva yhteistyö työelämän ja ammattikorkeakoulun välillä lisääntyy*
- *Opiskelijat oppivat rakenteisen kirjaamisen mallin ja kehittämällä oppimisen prosessin jo opiskeluaikana osallistumalla yhteisiin koulutus- ja kehittämistapaamisiin*

4.1 Kirjaamiskäytänteet ja kirjaamisen lähtötilanne osastolla 4b

Osastolla 4b on tehty yhteisiä sopimuksia pää- ja alaluokkien kirjaamisesta hoitosuunnitelmiin sekä päivittäiskirjaamiseen. Nämä sopimukset liittyvät lähinnä siihen, mitä pää- ja alaluokkia milloinkin käytetään. Kun osastolla on tieto potilaan saapumisesta, tulee hänelle tehdä hoitosuunnitelma, johon on sovittu kirjattavaksi tietyt pää- ja alaluokat. Näitä pää- ja alaluokkia ovat *lääkäri*, *moniammatillinen työryhmä* (kuntoutuskokous) sekä *ravitsemuskartoituksen tekeminen* (vajaaravitsemusriskin arviointilomake). Näiden lisäksi yli 70- vuotiaiden ja vanhempien potilaiden kohdalla lisätään automaattisesti myös *perheen selviytymiskyvyn arviointi* ja *potilaan selviytymiskyvyn arviointi*.

Potilaan saapuessa osastolle hoitosuunnitelma laaditaan niistä tarpeista, jotka havainnoidaan ja mukana saatujen tietojen perusteella käyvät ilmi. Tämän jälkeen hoitosuunnitelman laadintaa jatketaan ja täydennetään vuorokohtaisesti. Hoitosuunnitelmaa tulee arvioida ja päivittää aktiivisesti eli aina kun hoitotyön tarve tai toiminto muuttuu. Hoitosuunnitelman laatiminen vaatii hyvää perehtymistä potilaan sairauskertomukseen. Sen tekee ja päivittää potilaan omahoitaja, mutta kaikilla hoitajilla on velvollisuus päivittää hoitosuunnitelman hoitotyön tarpeen tai toiminnon muuttuessa. (Rantaharju 2011.)

Hoitotyön tarve ja tavoitteet kirjataan pää- ja alaluokkia käyttäen. Tavoitteena on kuitenkin käyttää mahdollisimman paljon alaluokkia. Osastolla on sovittu joidenkin pää- ja alaluokkien käytöstä erityisesti. Esimerkiksi *Aktiviteetin seuranta* pääluokan alle kuvaillaan lyhyesti potilaan tulotilanne; milloin ja miten potilas saapui sekä missä kunnossa. *Uni- ja valvetilan seuranta* pääluokan alle on sovittu, että vain yöhoitaja kirjoittaa. Osastolla on otettu käyttöön myös paljon erilaisia haavanhoitoon liittyviä pää- ja alaluokkia, sillä osasto on osaamisessaan profiloitunut haavapotilaiden hoitoon. (Rantaharju 2011.)

Juha Kauppinen ja Maarit Palomäki ovat vuonna 2010 ilmestyneessä opinnäytetyössään ”Rakenteinen kirjaaminen hoitotyössä- miten voimavaraistava hoitotyö ilmenee päivittäiskirjaamisessa” kuvailleet hoitotyön rakenteisen kirjaamisen lähtötilannetta vuonna 2008 Katriinan sairaalan osastolla 4b. Tällöin rakenteista kirjaamista alettiin osastolla kehittää. Työssä kuvataan, että kirjaaminen osastolla toteutuu pääosin rakenteisen kirjaamisen periaatteiden mukaisesti. Kirjaamisessa pää- ja alaluokkia täydennetään vapaalla tekstillä kuitenkin melko suppeasti ja kirjaamiset ovat melko hoitajalähtöisiä eikä näin ollen voimavaraisuus nouse niistä esille. Pää- ja alaluokkia ei käytetä FinCC 2.0.1. - oppaan mukaisesti täysin oikein. Osa pää- ja alaluokista käytetään melko soveltaen ja niiden alle on kirjoitettu potilaasta sellaista informaatiota, joka ei sen komponentin alle kuuluisi. Osastolla koettiin, että ajoittain potilas-tietojärjestelmä on liian hidas, jolloin sen käyttö vie liikaa aikaa itse hoitotyöltä. Koettiin myös, että työyhteisössä oli ihmisiä, jotka eivät ole kasvaneet tietokoneita ympäröivässä

maailmassa ja joille sähköisen kirjaamisen periaatteiden omaksuminen oli vaikeaa. (Kauppi-
nen & Palomäki 2010.)

Anne Hukkasen ja Leila Malinin opinnäytetyössä arvioitiin alueprojektin tavoitteiden toteutu-
mista osastolla 4b. Teemahaastattelujen mukaan, osasto 4b:n hoitohenkilökunnan mielestä,
Laurea Tikkurilan ja Katriinan sairaalan järjestämät koulutukset sekä osasto 4b:n osastotunnit
avasivat uusia näkökulmia kirjaamiseen. Työn tuloksien mukaan kirjaaminen osastolla on ke-
hittynyt kirjaamisen tullessa selkeämmäksi ja luontevammaksi. Myös hoitosuunnitelmia on
laadittu huolellisemmin sekä päivittäisessä kirjaamisessa esiintyy enemmän potilaan omat
voimavarat. Haastattelujen mukaan kirjaaminen on osastolla yhtenäistynyt. Kehittämisen
kohteiksi nousivat sähköiseen potilaskertomukseen tutustuminen jo opiskeluaikana. Päivittäi-
sen kirjaamisen osalta kehittämisen kohteiksi nousivat tavoitteiden ja hoitotoimintojen nä-
kyminen. (Hukkanen & Malin 2011.)

4.2 Hoitohenkilökunnan koulutukset

Katriinan sairaalassa pidettäviin koulutuksiin osallistuivat koko sairaalan hoitohenkilökunta ja
Laurea Tikkurilan alueprojektiin osallistuneet opettajat. Osasto 4b:n koulutuksissa ja osasto-
kokouksissa olivat mukana opettajat Laurea Tikkurilasta sekä osasto 4b:n hoitohenkilökuntaa.
Osasto 4b:n avainhenkilöt, kehittäjät ja osastonhoitaja sekä Laurea Tikkurilan kaksi opettajaa
kuuluvat alueprojektin työryhmään. Projektiryhmän tarkoituksena oli toteuttaa koulutuksia
ja osastotunteja sekä työstää alueellisen rakenteisen kirjaamisen kehittämissuunnitelmaa.
(Hukkanen & Malin 2011, 12.) (LIITE 3)

eNNi- hankkeen valtakunnallinen käynnistysseminaari pidettiin vuoden 2008 loppupuolella
Laurea Ammattikorkeakoulussa, Tikkurilan paikallisyksikössä, jossa työelämän ja ammattikor-
keakoulun yhdyshenkilöiden yhteistyö alkoi. (Rantaharju 2011.) Tämän jälkeen aloitettiin eN-
Ni- hankkeen Etelä- Suomen työpajapäivät, joissa käsiteltiin muun muassa hoitotyön raken-
teinen kirjaaminen, FinCC 2.0.1 -luokitus, sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen säh-
köinen käsittely ja uusi asetus, koulutuksien ja käytännön yhteistyössä tapahtuva oppiminen
ja jatkuva kehittäminen (LbD) juurruttamalla sekä atk-luokassa käytiin läpi potilas esimerkke-
jä ja lakitehtäviä.

Kehittämispäivillä vuoden 2009 alussa sovittiin tavoitteet kirjaamisen kehittämisen suhteen.
GFS:n hoitosuunnitelmien sisällöstä pidettiin noin kerran kuukaudessa koulutuksia sekä maa-
liskuussa pidettiin alueprojektin info- ja koulutustilaisuus, jonka aiheena käsiteltiin aluepro-
jektin lisäksi sähköisen kirjaamisen haasteita. Kesän 2009 aikana pidettiin koulutus yleisesti
kirjaamisen liittyvistä asioista sekä koulutus kuntoutumista edistävästä työotteesta. Tämän
koulutuksen yhteydessä käytiin läpi toimintakyky ja voimavara käsitteitä. (Rantaharju 2011.)

Katriinan sairaalassa pidettiin myöhemmin syksyllä 2009 koulutus osasto 4b:n hoitohenkilökunnalle, jossa käytiin läpi potilaan hoitosuunnitelman laatimista GFS- järjestelmän mallisuunnitelmaa apuna käyttäen. Tämän jälkeen osaston hoitohenkilökunnalle järjestettiin muutama lisäkoulutus, jossa työstettiin esimerkkipotilaan hoitosuunnitelmaa. Pitkin vuotta 2009 hoitohenkilökunta kävi läpi potilas caseja yhdessä sairaanhoitajaopiskelijoiden kanssa. (Rantaharju 2011.)

Vuoden 2010 aikana pidettiin kirjaamiskoulutuksia koko hoitohenkilökunnalle noin kerran kuussa. Koulutuksien aiheina olivat voimavaralähtöinen kirjaaminen ja rakenteinen kirjaaminen. Näiden lisäksi pidettiin osastotunteja, joiden sisältönä olivat rakenteinen kirjaaminen ja sähköiseen järjestelmään kirjaaminen. Osastotunneilla tarkasteltiin myös kirjaamisen sisältöä potilasesimerkkien tiimoilta. (Rantaharju 2011.)

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa Katriinan sairaalan osasto 4b:n hoitotyön rakenteisen kirjaamisen osaamisesta, jonka avulla osasto voi kehittää kirjaamista yhä edelleen. Työn tarkoituksena on kuvata hoitotyön rakenteista kirjaamista, kuinka hoitoprosessin eri vaiheet näkyvät kirjaamisessa, onko hoitosuunnitelma osa päivittäiskirjaamista ja onko kirjaaminen potilaslähtöistä. Työ on luonteeltaan kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus ja tutkimusmenetelmänä käytän aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Tutkimusosiossa esitetään suoria lainauksia potilasaineiston alkuperäishavainnoista ja osa tuloksista on esitetty myös taulukoiden avulla.

Tämä työ pyrkii antamaan vastauksia tarkempiin tutkimuskysymyksiin, jotka ovat nousseet esille alueprojektin asettamista tavoitteista sekä osasto 4b:n omista toivomuksista:

Tutkimuskysymykset:

- *Miten kirjaamisessa on kuvattu hoitoprosessin eri vaiheet?*
- *Miten potilaan toimintakyky näkyy hoitoprosessin eri vaiheissa?*
- *Miten hoitosuunnitelma liittyy päivittäiskirjaamiseen?*

5.2 Aineisto ja tutkimuslupa

Katriinan sairaalan osasto 4b:n osastonhoitaja antoi potilasaineiston, joka käsitti satunnaisten 15 potilaan potilasasiakirjat sisältäen päivittäiset kirjaamiset, hoitosuunnitelman, hoitotyön arvion sekä hoitotyön yhteenvedon. Koko potilasaineisto on otettu yhden päivän ajalta vuonna 2011 ja siten, että yhdessä tulosteessa näkyy kirjaamiset kaikista kolmesta vuorosta. Jokaisen 15 potilaan päivittäiskirjaamisissa on otantapäivältä merkintöjä.

Opinnäytetyön alkaessa varmistettiin, että tutkimuslupa on voimassa. Se oli myönnetty 30.9.2008 Katriinan sairaalan hoitotyön kehittämishankkeen toteutukseen integroituvalla tutkimukselle vanhus- ja vammaispalvelujen johtajan toimesta.

5.3 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysissä kerätty tietoaaineisto tiivistetään siten, että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet pystytään esittämään selkeästi ja itse tutkittavia ilmiöitä voidaan kuvailla yleistävällä ja lyhyellä tavalla. Sisällönanalyysi on analyysimenetelmä, jota käytetään kun tutkitaan laadullista eli kvalitatiivista aineistoa. (Janhonen & Nikkonen 2003, 23.)

Sisällönanalyysi on analyysimenetelmä, jota apuna käyttäen voidaan käsitellä tapahtumien ja asioiden merkityksiä, yhteyksiä ja seurauksia sekä analysoida suullista ja kirjoitettua kommunikaatiota. Sitä voidaan käyttää myös dokumenttien systemaattiseen ja objektiiviseen havainnointiin ja analysointiin. Dokumentteja voivat olla esimerkiksi kirja, päiväkirja, artikkeli, haastattelu, puhe tai kirje. (Silius 2005, 2.) Olennaista sisällönanalyysissa on, että tutkittavasta aineistosta erotettaisiin erot ja samanlaisuudet. Sisällönanalyysi on kuitenkin paljon enemmän kuin pelkkä tekniikka, jonka avulla kuvataan aineistoa yksinkertaisesti. Aineistossa ilmenevät tarkoitukset ja aiomukset (intentions), seuraukset (consequences), yhteydet (context) ja merkitykset (meanings) ovat asioita, joihin sisällönanalyysiä käyttäen tulisi keskittyä. (Janhonen & Nikkonen 2005, 23.)

Sisällönanalyysi-prosessi etenee vaiheittain. Prosessin edetessä aluksi valitaan analyysiyksikkö, tutustutaan aineistoon, pelkistetään aineisto, luokitellaan aineisto ja tulkitaan sekä arvioidaan sisällönanalyysin luotettavuus. (Janhonen & Nikkonen 2005, 24.) Sisällönanalyysin tarkoitus on luoda selkeä ja sanallinen kuvaus tutkittavasta ilmiöstä sekä pyrkiä järjestämään aineisto selkeään ja tiiviiseen muotoon. (Silius 2005, 3.)

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on kolmivaiheinen prosessi, jonka ensimmäisessä vaiheessa aineisto pelkistetään eli redusoidaan, toisessa vaiheessa aineisto ryhmitellään eli kluseroidaan ja viimeisessä vaiheessa luodaan aineiston teoreettiset käsitteet eli abstrahoidaan aineisto.

Aineiston pelkistämisessä eli redusoinnissa analysoitava data esimerkiksi dokumentti tai haastatteluaineisto pelkistetään karsimalla tutkimukselle epäolennaiset asiat. Redusointi voi olla myös aineiston pilkkomista osiin tai informaation tiivistämistä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-109.)

Klusteroinnissa eli ryhmittelyssä aineistosta etsitään samankaltaisuudet tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet luokitellaan saman otsikon alle. Luokittelussa aineisto tiivistyy, koska käsitteet yhdistyvät yhdeksi isoksi käsitteeksi. Klusteroinnin jälkeen seuraa abstrahointi, jossa erotellaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja tiedon perusteella luodaan teoreettisia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110-111.)

Sisällönanalyysi eroaa kuitenkin sisällön erittelystä, jolla tarkoitetaan dokumenttien analysointia siten, että kuvataan kvantitatiivisesti esimerkiksi tekstin sisältö. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan enemmänkin pyrkimystä kuvata dokumenttien sisältöä sanallisesti. Aineiston kvantifiointi kuuluu sisällön erittelyn piiriin, jolloin aineistosta lasketaan, kuinka monta kertaa sama asiaa esiintyy aineistossa. Kvantifioinnin avulla saadaan laadulliseen aineiston tulintaan erilaista näkökulmaa. (Tuomi & Sarajärvi, 106.)

Tässä työssä on käytetty tutkimusmenetelmänä aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Työn tutkimusaineisto koostuu dokumenteista, jotka aivan ensimmäisenä redusointiin eli pelkistettiin. Aineistosta etsittiin tutkimuksen kannalta olennaiset asiat ja dokumentit jaettiin ryhmiin eli aineisto klusteroitiin. Tutkimustulokset- kappaleessa on esitetty esimerkkejä ryhmittelystä sekä abstrahoinnista, jossa on eroteltu tutkimuksen kannalta olennaiset asiat esille taulukoihin. Tutkimustulokset on pyritty esittämään selkeästi ja sanallisesti. Taulukot ja suorat lainaukset dokumenttien alkuperäishavainnoista tukevat aineiston sanallista kuvausta.

6 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustulokset perustuvat aineistolähtöiseen sisällönanalyysimenetelmään sekä perustuvat suoriin lainauksiin alkuperäishavainnoista, jotka valittiin tutkimuskysymysten pohjalta tutkimusaineistosta. Osa tuloksista on esitetty taulukoiden avulla.

6.1 Hoitoprosessin eri vaiheet kirjaamisessa

Jokaisen 15 potilaan kohdalla kirjaamisessa näkyy hoitoprosessin eri vaiheet, mutta vain ot-sikkotasolla. Sisällöllisesti hoitoprosessin eri vaiheet eivät näy kaikkien potilaiden kohdalla, sillä hoidon tavoitteet ovat ajoittain jääneet kokonaan kirjaamatta. Hoidon tarve valitaan oikeaoppisesti pää- tai alaluokasta, mutta sen alle kirjatussa vapaassa tekstissä kuvataan potilaan tilaa tai vaivaa, eikä hoidon tavoite tule välttämättä lainkaan esille. Hoidon tavoitteet

on kirjattu selkeinä tavoitteina kahdeksan potilaan kohdalla (N=15). Viiden (N=15) potilaan kohdalla hoidon tavoitteita ei ole kirjattu lainkaan ja kahden (N=15) potilaan kohdalla hoidon tavoitteet on kirjattu osittain.

Muiden hoitoprosessin vaiheiden alle (hoitotyön toiminnot, hoidon toteutus ja hoidon arvio) kirjataan pääasiassa aina jotain, mutta kirjatun tiedon määrä vaihtelee. Joukosta kuitenkin parin (N=15) potilaan kohdalla etenkin hoitotyön arvio on täydennetty hyvin suppeasti. Koko aineistossa on mukana myös hoitotyön yhteenvedot, johon on koottu hoidon tarpeet ja hoidon suunnittelu sekä hoidon arviointi.

Päivittäisen hoidon seurannan alle kirjattaessa käytetään pää- ja alaluokkia. Myös hoitosuunnitelmaan hoidon tarpeen ja toimintojen alle kirjaaminen tapahtuu pää- ja alaluokkia käyttäen. Joidenkin hoitosuunnitelmissa esiintyneiden pää- ja alaluokkien käytöstä on sovittu osasto 4b:n kirjaamiskäytänteissä. Lähes jokaisen 15 potilaan hoitosuunnitelmissa esiintyvät nämä erityisesti sovitut pää- ja alaluokat.

Aineistosta pystyy havainnoimaan sen, ettei hoitosuunnitelman hoidon tarpeiden tai hoitotyön toimintojen alle kirjatut pää- ja alaluokat näkyneet välttämättä lainkaan hoitotyön arviossa. Hoitotyön arvioon on kirjattu asioita, jotka ei välttämättä esiinny hoidon tarpeissa tai hoitotyön toiminnoissa lainkaan. Neljän (N=15) potilaan kohdalla hoitotyön toiminnoissa ja hoitotyön arviossa käytetyt pää- ja alaluokat vastaavat jotenkuten toisiaan. Muiden potilaiden kohdalla hoitotyön arvion alle on kirjattu asioita, jotka eivät vastaa hoitosuunnitelman hoitotyön toimintojen alle kirjattua sisältöä. Hoitotyön arvion alle kirjataan vähän pää- ja alaluokkia ja hoitotyön arvion sisältö on usein melko suppeaa.

Hoitotyön toimintoihin on kirjattu seuraavat pää- ja alaluokat:

Aktiviteetin seuranta	Virtsaamisen seuranta
Muistihäiriöiden huomioiminen ja hoito	Lääkeinhalaatio
Ruokailun seuranta	Hengityksen seuranta
Hapen antaminen	Hengityksen hoito muilla apuvälineillä
Verenpaineen seuranta	Verensokerin tarkkailu ja hoito

Hoitotyön arviossa on käytetty seuraavia pää- ja alaluokkia:

Jatkohoidon suunnitelman laatiminen	Psykykkisen tilan seuranta
Muistihäiriöiden huomioiminen ja hoito	Potilaan selviytymiskyvyn arviointi

Hoidon tarve ja hoitotyön toiminnot vastaavat toisiaan melko hyvin jokaisen potilaan kohdalla. Ainoastaan muutamassa hoitosuunnitelmassa hoidon tarpeisiin on kirjattu jokin pää- tai alaluokka, jota ei kuitenkaan huomioida hoitotyön toiminnoissa. Yhdessä (N=15) hoitosuunnitelmassa hoidon tarpeisiin kirjataan huomattavasti vähemmän kuin hoidon toimintoihin. Alla olevissa taulukoissa on kuvattuna hoidon tarpeiden ja hoitotyön toimintojen yhteneväisyyksiä.

Hoidon tarpeiden alle on kirjattu seuraavat pää- ja alaluokat:

Ruokahaluttomuus	Psyykkinen tasapaino
Krooniset haavat	Liikuntakyvyn heikentyminen
Virtsan pidätyskyvyttömyys	

Hoitotyön toiminnoissa esiintyviä pää- ja alaluokkia ovat seuraavat:

Virtsan pidätyskyvyttömyyden hoit.	Lisäravinteiden tarjoaminen
Haavan hoitoon liittyvä ohjaus	Verenpaine
Haava-alueiden hoito	

Taulukossa 1 näkyy kuinka hoidon tarpeeseen ei ole kirjattu pää- tai alaluokkaa, joka määrittelisi hoitotyön toiminnoissa esiintyvän *verenpaine* kohdan. Hoidon tarpeiden alle on kirjattu myös pää- tai alaluokat *psyykkinen tasapaino* ja *liikuntakyvyn heikentyminen*, mutta hoitotyön toimintoihin ei ole kirjattu mitään, mikä vastaisi näihin tarpeisiin.

Taulukko 1 Hoidon tarve ja hoitotyön toiminnot eivät täsmää

HOIDON TARVE	HOITOTYÖN TOIMINNOT
Ruokahaluttomuus →	Lisäravinteiden tarjoaminen
Psyykkinen tasapaino →	?
Krooniset haavat →	Haavan hoitoon liittyvä ohjaus Haava-alueiden hoito
Liikuntakyvyn heikentyminen →	?
Virtsan pidätyskyvyttömyys →	Virtsan pidätyskyvyttömyyden hoitaminen
?	Verenpaine

Hoidon tarpeiden alle on kirjattu seuraavat pää- ja alaluokat:

Sosiaalisen selviytymisen muutos	Verenpaineen muutos
Psyykkinen tasapaino	Akuutit haavat

Hoitotyön toiminnoissa esiintyvät pää- ja alaluokat:

Verenpaineen seuranta	Sosiaalisen kanssakäymisen tukeminen
Psyykkinen tuki	Haavan hoito

Taulukossa 2 esiintyvät hoidon tarpeet ja hoitotyön toiminnot vastaavat hyvin toisiaan. Jokaiselle kirjatulle tarpeelle löytyy hoitotyön toiminto. Näiden lisäksi hoitotyön toimintoihin on lisätty osastolla yhteisesti sovitut toiminnot *uni- ja valvetilan seuranta, lääkäri ja moniammatillinen työryhmä*. Tässä taulukossa niitä ei otettu huomioon.

Taulukko 2 Hoidon tarve ja hoitotyön toiminnot täsmäävät

HOIDON TARVE	HOITOTYÖN TOIMINNOT
Sosiaalisen selviytymisen muutos	Sosiaalisen kanssakäymisen tukeminen
Verenpaineen muutos	Verenpaineen seuranta
Psyykkinen tasapaino	Psyykkinen tuki
Akuutit haavat	Haavan hoito

Taulukossa 3 on kuvattu yhden potilaan kohdalta hoitoprosessin eteneminen, josta voidaan erottaa hyvin kaikki hoitoprosessin vaihteet aina hoidon tarpeen määrittelystä hoitotyön arviointiin. Hoidon tavoite on asetettu ja se on kirjattu potilaslähtöisesti. Päivittäisen hoidon seurannassa *aktiviteetin seurannan* alle vapaata tekstiä on kirjattu melko suppeasti.

Taulukko 3 Kirjaaminen hoitoprosessin kaikissa vaiheissa

HOIDON SUUNNITTELU		HOIDON TOTEUTUS		HOIDON ARVIO
Hoidon tarve ja tavoitteet	<i>Aktiviteetin seuranta: Potilaan itsenäisten siirtymisten varmentuminen ja kävelytasapainon kohdentuminen kivun sallimissa rajoissa. Päivittäin istumista p. tuolissa. Mikäli kivuliasta, aluksi g. tuoliin/osaston säädettävään selkänojalliseen p. tuoliin.</i>	Päivittäisen hoidon seuranta	<i>Aktiviteetin seuranta: Lepäillyt illan, hoitojen aikana virkeä, jutteleekin.</i>	<i>Toiminnallisuuden ylläpitäminen: Potilas virkistynyt, syö ja juo itsenäisesti vuoteen reunalla istuen tai päiväsalissa. Liikkuu rollaattorin turvin yksi hoitaja vierellä wc- matkat.</i>
Hoitotyön toiminnot	<i>Toiminnallisuuden ylläpitäminen: Liikkuu rollaattorin ja yhden hoitajan turvin lyhyitä matkoja. Fysioterapeutti: Siirtoharjoituksia p. tuoliin ja perusliikkumisen harjoittelua apuvälineellä. Lihaskuntoharjoittelua Motomedillä voimnin mukaan.</i>			

Taulukossa 4 kuvataan yhden potilaan kohdalta hoitoprosessin etenemistä hoidon tarpeesta hoidon arviointiin. Hoitoprosessin kaikki vaiheet eivät näy kirjaamisessa, sillä hoitotyön toiminnon alle ei ole kirjattu mitään. Hoidon tavoite on asetettu selkeästi.

Taulukko 4 Kirjaaminen hoitoprosessin vaiheissa

HOIDON SUUNNITTELU		HOIDON TOTEUTUS		HOIDON ARVIO
Hoidon tarve ja tavoitteet	<i>Verenpaineen muutokset: Potilaalla RR- tauti. Tavoitteena verenpaineen pysyminen hoitotasolla.</i>	Päivittäisen hoidon seuranta	<i>Verenpaineen seuranta: RR- matala, 92/49</i>	<i>Verenpaineen seuranta: Verenpainetta seurattu päivittäin. Välillä arvot melko matalia.</i>
Hoitotyön toiminnot	?			

6.2 Potilaan toimintakyky hoitoprosessin eri vaiheissa

Aineistosta 11 (N=15) potilaan kohdalla toimintakyky näkyy kirjaamisissa hoitoprosessin kaikissa eri vaiheissa eli hoidon tarpeissa ja toiminnoissa, päivittäisen hoidon seurannassa sekä hoitotyön arviossa. Muiden potilaiden kohdalla toimintakyky tulee esille kirjaamisista, mutta hoitotyön arviossa toimintakyvystä ei kirjata lainkaan. Yhden potilaan kohdalla toimintakyky tulee esille vain päivittäisen hoidon seurannassa eikä siitä kirjata hoitoprosessin muissa vaiheissa.

Hoitoprosessin eri vaiheissa potilaan toimintakyky nousee eniten esille fyysisenä toimintakykynä. Näistä 11 (N=15) potilaasta yhden hoitosuunnitelmassa on mainintaa vain potilaan sosiaalisesta ja psyykkisestä toimintakyvystä. Seitsemän potilaan kohdalla hoitosuunnitelmissa mainitaan vain fyysinen toimintakyky. Loppujen kolmen hoitosuunnitelmissa esiintyy fyysinen, psyykkinen sekä kognitiivinen toimintakyky.

Päivittäisen hoidon seurannassa 14 (N=15) potilaan kohdalla fyysinen toimintakyky on huomioitu kirjaamisissa. Yhden potilaan kohdalla päivittäisen hoidon seurannassa ei kirjata lainkaan potilaan toimintakyvystä. Aineistossa kahden potilaan päivittäisessä seurannassa on kirjattu potilaan toimintakyvystä kokonaisvaltaisesti ja sieltä pystyy erottamaan potilaan fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn. Sosiaalinen toimintakyky tulee esille ainoastaan näiden kahden potilaan päivittäisessä seurannassa. Potilaan kognitiivinen toimintakyky tulee esille 11 potilaan kohdalla ja psyykkisestä toimintakyvystä kirjataan seitsemän potilaan kohdalla.

Kolmen (N=15) potilaan kohdalla hoitotyön arviossa kuvataan potilaan toimintakykyä niin, että kaikki toimintakyvyn osa-alueet on tunnistettavissa. Viidessä hoitotyön arviossa potilaan toimintakyky on jäänyt kokonaan kirjaamatta. Kahdessa hoitotyön arviossa kirjataan vain kognitiivisesta ja psyykkisestä toimintakyvystä sekä yhdessä hoitotyön arviossa mainitaan ainoastaan fyysinen toimintakyky.

Taulukossa 5 näkyy, kuinka hoitoprosessin kaikissa vaiheissa kirjataan potilaan toimintakyvystä. Päivittäisen hoidon seurannassa sekä hoitotyön arviosta pystytään erottamaan kaikki toimintakyvyn eri määritelmät. Hoitosuunnitelmassa kirjataan ainoastaan fyysisestä ja psyykkisestä toimintakyvystä. Taulukossa hoidon tavoitteet on kirjattu vapaassa tekstissä, mutta toinen tavoitteista on kirjattu hoitajalähtöisesti.

Taulukko 5 Toimintakyky hoidon suunnittelusta hoitotyön arvioon

Hoitoprosessin vaiheet	Vapaa teksti	Toimintakyky
Hoidon suunnittelu: Hoidon tarve ja tavoitteet	"Kannustetaan häntä omatoimisuuteen pesuissa ja pukeutumisessa sekä avustetaan missä apua tarvitsee" "Alkoholinkäytön vähentyminen"	Fyysinen Psyykkinen
Hoidon suunnittelu: Hoito- työn toiminnot	"Kannustetaan häntä päihteettömyyteen ja hakemaan apua ongelmaan" "Kannustetaan omatoimisuuteen ja autetaan, kun apua tarvitsee"	Psyykkinen Fyysinen
Hoidon toteutus: Päivittäisen hoidon seuranta	"Autettu potilas vuoteeseen" "Keskustellut muiden potilaiden kanssa " "Virkeä ja hyväntuulinen "	Fyysinen Sosiaalinen Psyykkinen Kognitiivinen
Hoitotyön arvio	"Liikkuu osastolla pyörätuolilla omatoimisesti. Asiallinen ja virkeä mieleltään sekä seurustelee huone- tovereiden kanssa. Potilaalla on vuosia kestänyt alkoholiongelma. Kannustetaan omatoimisuuteen päivittäisissä toiminnoissa."	Fyysinen Sosiaalinen Psyykkinen Kognitiivinen

"Kannustetaan häntä omatoimisuuteen pesuissa ja pukeutumisessa sekä avustetaan missä apua tarvitsee"

➔ HOITAJALÄHTÖINEN TAVOITE

"Alkoholinkäytön vähentyminen"

➔ POTILASLÄHTÖINEN TAVOITE

Taulukossa 6 on myös esitetty kirjaamiset potilaan toimintakyvystä hoitoprosessin eri vaiheissa. Taulukosta voidaan huomata, että hoitosuunnitelmaan kirjataan fyysisestä ja kognitiivisesta toimintakyvystä, mutta hoitotyön arviossa toimintakyvystä ei kirjata lainkaan. Päivittäisen hoidon seurannassa toimintakyky on otettu huomioon fyysisen, psyykkisen ja kognitiivisen toimintakyvyn näkökulmasta. Taulukossa näkyy, että hoidon tavoitteet on kirjattu vapaaseen tekstiin, mutta vain toinen tavoitteista on kirjattu oikein.

Taulukko 6 Toimintakyky hoidon suunnittelusta hoidon toteutukseen

Hoitoprosessin vaiheet	Vapaa teksti	Toimintakyky
Hoidon suunnittelu: Hoidon tarve ja tavoitteet	”Potilaan liikkuminen vaikeaa. Tavoitteena rollan avulla liikkuminen, hoitajan varmistamana.” ”Potilaalla huono muisti.”	Fyysinen Kognitiivinen
Hoidon suunnittelu: Hoidon toteutus	”Avustaminen ja ohjaus kaikissa päivittäisissä toiminnoissa.” ”Kannustetaan liikkumaan rollaattorin avulla mahdollisimman paljon. Päivittäin syömään päiväsaliiin.”	Fyysinen
Hoidon toteutus: Päivittäisen hoidon seuranta	”Sekavuutta pitkin iltapäivää ja iltaa, wc:ssä käydessä ei löytänyt hanaa eikä kehoitettuna osannut pestä käsiään. Oli täysin ohjattava.” ”Rollan tukemana kulkenut vessaan, hoitaja vierellä.” ”Itse pesi kasvojaan.”	Psyykkinen Kognitiivinen Fyysinen
Hoitotyön arvio	?	?

”Tavoitteena rollan avulla liikkuminen, hoitajan varmistamana.”

➔ POTILASLÄHTÖINEN TAVOITE

”Potilaalla huono muisti.”

➔ EI TAVOITE

6.3 Hoitosuunnitelma ja päivittäiskirjaaminen

Aineistosta käytiin läpi sekä päivittäiskirjaamiset että hoitosuunnitelmat. Kaikki päivittäiskirjaamisissa käytetyt pää- ja alaluokat listattiin ylös ja verrattiin niitä hoitosuunnitelmissa esiintyviin pää- ja alaluokkiin. Merkittävin havainto on, että päivittäiskirjaamisissa käytetään paljon pää- ja alaluokkia, jotka eivät löydy lainkaan hoitosuunnitelmista. Koko aineistosta yhden (N=15) potilaan kohdalla päivittäiskirjaamisesta ja hoitosuunnitelmasta ei löydy yhtäkään samaa pää- tai alaluokkaa. Muissa potilasasiakirjoissa pää- ja alaluokat täsmäävät jossa-

kin määrin. Aineistossa kuitenkin on yksi pääluokka, joka löytyy lähes jokaisesta potilasasiakirjasta sekä päivittäiskirjaamisista että hoitosuunnitelmista. Tämä pääluokka on *uni- tai valvetilan seuranta*.

Osa hoitosuunnitelmista on puutteellisia eikä kaikkia ole päivitetty lainkaan. Suurin osa hoitosuunnitelmista ei ole ajan tasalla. Hoidon tarve ja tavoitteet sekä hoitotyön toiminnot on päivitetty hoitosuunnitelmiin vaillinaisesti. Useasta hoitosuunnitelmasta löytyy pää- ja alaluokat, joita harvemmin käytetään, mutta niiden lisäämisestä hoitosuunnitelmaan on sovittu. Useasta hoitosuunnitelmasta puuttuu kuitenkin pää- tai alaluokkia, jotka kuvaavat asioita, joita potilaan päivittäisessä hoidossa seurataan ja jotka kuvaavat hyvin potilaan päivittäisiä toimia. Hoitosuunnitelmissa käytettyjä pää- ja alaluokkia on yhteensä 57.

Esimerkki 1

Päivittäisen hoidon seurannassa käytetään otanta päivänä pääluokkia *virtsaamisen seuranta, puhtaudesta huolehtiminen* ja alaluokkia *ruokailun seuranta ja pukeutumisessa avustaminen*. Nämä pää- ja alaluokat eivät kuitenkaan löydy lainkaan hoitosuunnitelmasta, vaikka kyseisiä asioita potilaan kohdalla seurataan varmasti päivittäin.

Esimerkki 2

Yhdessä hoitosuunnitelmassa hoidon tarve ja tavoitteet täydennetään ainoastaan yhdellä alaluokalla, joka on *aktiviteetin heikkeneminen*. Hoitotyön toimintoihin on lisätty neljä sovittua pää- ja alaluokkaa, jotka ovat *lääkäri, moniammatillinen työryhmä, uni- tai valvetilan seuranta* sekä *aktiviteettiin liittyvä ohjaus*.

Esimerkki 3

Hoitosuunnitelmaan on kirjattu pääluokka *aktiviteettiin liittyvä ohjaus*, mutta päivittäiskirjaamisessa käytetään kuitenkin pääluokkaa *aktiviteetin seuranta*, jonka alle kirjattu vapaa teksti kuvaa potilaan päiväkohtaista aktiviteettia.

Hoitosuunnitelmissa on käytetty joitain pää- tai alaluokkia muita enemmän:

Lääkäri

Moniammatillinen työryhmä

Uni- ja valvetilan seuranta

Fysioterapeutti

Haavan hoito tai haava-alueiden hoito

Päivittäiskirjaamisessa käytetään paljon alaluokkia ja niiden käyttö on monipuolista. Ongelmana on kuitenkin se, että kaikkia päivittäiskirjaamisessa käytettyjä alaluokkia ei löydy hoitosuunnitelmasta, vaikka pää- ja alaluokat tulisi löytää suoraan hoitosuunnitelmasta. Joissain tapauksissa hoitosuunnitelmassa on esimerkiksi pääluokka *psykkisen tilan seuranta*, mutta päivittäiskirjaamisessa onkin käytetty pääluokkaa *vireystilan seuranta*. Tällöin vapaan tekstin sisältö voisi käydä myös *psykkisen tilan seuranta* pääluokan alle. Päivittäisen hoidon seurannassa hoitosuunnitelmien hyödyntämisen pystyy näkemään vain ajoittain.

Päivittäiskirjaamisessa on käytetty yhteensä 59 eri pää- ja alaluokkaa, joista 32 löytyy myös hoitosuunnitelmasta. Eli lähes puolet päivittäiskirjaamisessa käytetyistä pää- ja alaluokista löytyy vain päivittäisen hoidon seurannasta, muttei lainkaan hoitosuunnitelmista. Hoitosuunnitelmia on potilasaineistossa yhteensä 15. Eniten käytetty pääluokka sekä päivittäiskirjaamisissa että hoitosuunnitelmissa on *uni- ja valvetilan seuranta*, joka löytyy kaikista 15 potilaan päivittäiskirjaamisista sekä 14 potilaan hoitosuunnitelmasta. Muita eniten käytettyjä pääluokkia, jotka löytyvät sekä hoitosuunnitelmista että päivittäiskirjaamisista:

Puhtaudesta huolehtiminen

Lääkkeen antaminen

Aktiviteetin seuranta

Ruokailun seuranta

Päivittäiskirjaamisissa esiintyy pää- ja alaluokkia, joita on käytetty vain kerran:

Hengityksen ja keuhkojen toiminnan ylläpito

Hapen anto

Munuaisten ja virtsateiden toiminnan ylläpito

Joitain pääluokkia on käytetty päivittäiskirjaamisessa selvästi muita enemmän:

Uni- ja valvetilan seuranta

Puhtaudesta huolehtiminen

Virtsaamisen seuranta

Lääkkeen antaminen

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Osastolla 4b hoitoprosessin osaaminen ei aina näy kirjaamisessa, sillä hoidon tavoitteita tai hoidon arviota ei ole ajoittain kirjattu lainkaan. Kirjattu tieto hoitoprosessin eri vaiheissa vaihtelee myös sisällöllisesti. Hoitotyön arviossa kirjattu tieto on selvästi suppeampaa ja pää- ja alaluokkien käyttö on vähäisempää. Hoidon arvio on jäänyt usein päivittämättä, vaikka hoitoa ja hoitotoimintojen vaikuttavuutta tulisi arvioida säännöllisesti. Hoidon arviointi tulisi tehdä suhteessa potilaan hoidon tarpeisiin ja toteutuneeseen hoitoon (Liljamo ym. 2008.) Hoitotyön toiminnot on kirjattu pääsääntöisesti hyvin pää- tai alaluokkia käyttäen.

Koko hoitoprosessin näkyminen kirjaamisessa on vielä melko satunnaista ja sisällöllisesti kirjaaminen voisi olla hoitoprosessin eri vaiheissa yhdenmukaisempaa. Hoidon tavoitteisiin kirjataan ajoittain vain toteamuksia potilaan voinnista. Tavoitteet tulisi kirjata selkeästi tavoitteina, joiden lähtökohtina tulisi olla potilaan hoidon tarpeet. Hoidon tarpeissa tulisi määritellä potilaan terveydentilaan liittyvät ongelmat, joita voidaan lievittää tai poistaa hoitotoimintojen avulla (Liljamo ym. 2008.) Potilaslähtöisessä kirjaamisessa, hoitotyön tavoitteet kirjataan potilaan tilana, ei hoitotyön toimintoina (Syväoja & Äijälä 2009, 87.)

Potilaan toimintakyvystä kirjataan hoitoprosessin eri vaiheissa melko kokonaisvaltaisesti, mutta fyysinen toimintakyky näkyy prosessin eri vaiheissa eniten. Kun potilaan toimintakykyä kuvataan kokonaisvaltaisesti, kirjaamisessa otetaan huomioon usein myös potilaan voimavarat. Toimintakykyä edistävässä hoidossa on tunnistettava potilaan voimavarat, joita tulisi osasta hyödyntää (Luoma 2007, 41-12.) Kirjaaminen on ajoittain potilaslähtöistä, sillä kirjaamisessa huomioidaan potilaan voimavarat, jolloin myös potilaan toimintakyky nousee esille.

Hoitosuunnitelmat täsmäävät osittain päivittäiskirjaamisen kanssa, mutta ajoittain ne ovat hyvinkin puutteellisia. Hoitosuunnitelmien ja päivittäiskirjaamisen tulisi kulkea käsi kädessä, jolloin hoitaja kirjatessa poimii pää- ja alaluokat hoitosuunnitelmasta. Noin puolet päivittäiskirjaamisessa käytetyistä pää- ja alaluokista eivät löydy hoitosuunnitelmasta, joka kertoo siitä, ettei hoitosuunnitelmia päivitetä kun hoitotyön tarve tai toiminto muuttuu. Päivittäiskirjaamisessa käytetään pää- ja alaluokkia monipuolisesti, kuten myös hoitosuunnitelmissa. Jos jokin hoidon tarve on poistunut, eikä se ole enää ajankohtainen potilaan kohdalla, tulee se poistaa hoitosuunnitelmasta. Lähes jokaiseen hoitosuunnitelmaan on lisätty tietyt pää- ja alaluokat jo valmiiksi ja näiden lisäämisestä hoitosuunnitelmaan onkin sovittu yhteisesti osaston kirjaamiskäytänteissä.

Verrattuna kirjaamisen lähtötilanteeseen osastolla 4b, hoitotyön kirjaamisessa on tapahtunut kehittymistä ja rakenteisen kirjaamisen periaatteita on sisäistetty. Etenkin pää- ja alaluokkia käytetään monipuolisemmin, sillä kirjaaminen ei tapahdu enää vain yhden pää- tai alaluokan

alle kirjaamalla. Pää- ja alaluokkien käyttö on myös FinCC- oppaan mukaista ja niitä käytetään lähes aina oikeaoppisesti. Pää- ja alaluokkia täydennetään pääsääntöisesti aina vapaalla tekstillä, joka on ajoittain potilaslähtöistä. Tämän myötä kirjaamisesta nousee esille myös potilaan voimavarat. Hoidon tavoitteiden kirjaamisessa on edelleen haasteena potilaslähtöinen kirjaaminen. Vantaan alueprojektin asettamat tavoitteet rakenteisen kirjaamisen suhteen eivät kuitenkaan vielä täysin toteudu osastolla 4b.

Voidaan päätellä, että hoitohenkilökunnan saamat kirjaamiskoulutukset ja osaston sisällä tehdyt yhteiset kirjaamiskäytänteet ovat tuoneet apua rakenteisen kirjaamisen periaatteiden sisäistämiseen ja sen toteuttamiseen käytännössä. Kirjaaminen on osastolla yhdenmukaisempaa etenkin niiden asioiden kohdalla, jotka on sovittu osaston yhteisissä kirjaamiskäytänteissä. Etukäteen sovitut pää- ja alaluokat löytyvät kirjaamisesta usein, josta voidaan päätellä, että yhdessä sovitut käytänteet ovat tuoneet kirjaamiseen yhdenmukaisuutta.

7.1 Kehittämisehdotukset

Kehittämisehdotuksena tulevalle voisi nostaa päällimmäiseksi hoitosuunnitelman säännöllisen päivittämisen ja yhteisten kirjaamiskäytänteiden noudattamisen. Osastolla on muun muassa hoitosuunnitelman pää- ja alaluokkien ja niiden päivittämisen suhteen luotu käytänteitä, joita tulisi noudattaa. Hoitosuunnitelmiin on potilaan tullessa päivitetty osastolla yhteisesti sovittuja pää- ja alaluokkia, mutta hoitosuunnitelmien päivittäminen myöhemmässä vaiheessa näyttäisi jokseenkin unohtuneen. Hoitosuunnitelman laatii ja päivittää potilaan omahoitaja, mutta kaikilla muillakin on velvollisuus päivittää sitä, hoitotyön tarpeen tai toiminnon muuttuessa. Tämä ei kuitenkaan täysin toteudu, joten tulevaisuudessa hoitosuunnitelmien päivittämiseen liittyviä käytänteitä olisi tärkeä noudattaa ja sitoutua niihin, koska sillä tavoin päivittäiskirjaaminen ja hoitosuunnitelmat ovat yhtenäisempiä. Hoitajan on helpompi kohdistaa potilaan hoito oikeisiin asioihin, kun hänellä on tukenaan päivitetty hoitosuunnitelma.

Kirjaamisessa hoitoprosessin eri vaiheet eivät aina näy, sillä hoidon arvio ja hoidon tavoitteet on unohdettu kirjata. Hoidon tavoitteiden kirjaaminen on erittäin tärkeää, jotta tiedetään mihin asioihin potilaan hoitojaksolla pyritään ja osataan kohdistaa hoito oikeisiin asioihin. Haasteena on tavoitteiden kirjaaminen vapaaseen tekstiin tavoite muodossa ja potilaslähtöisesti. Kehittämisehdotuksena tulevalle voisi ehdottaa kirjaamisen kehittymistä siten, että kaikki hoitoprosessin vaiheet näkyisivät kirjaamisessa selkeämmin, jotta kirjaaminen olisi entistä yhdenmukaisempaa.

Kirjaamisen tulisi olla jatkossa sisällöllisesti yhä yhdenmukaisempaa. Kirjaamiseen yhdenmukaisuutta toisi se, että hoitoprosessin eri vaiheissa käytettäisiin enemmän samoja pää- ja ala-

luokkia. Tällä tavoin kirjaamisessa keskityttäisiin paremmin potilaan hoidon kannalta oleellisiin asioihin ja hoitoprosessin eteneminen kirjaamisessa olisi sisällöllisesti strukturoidumpaa. Hoidon arvio tulisi liittyä osaksi hoitoprosessia ja se tulisi päivittää myös säännöllisesti.

Osastolla yhteisesti sovitut kirjaamiskäytänteet ovat selvästi tuoneet kirjaamiseen lisää yhdenmukaisuutta ja tulevaisuudessa voisi olla hyvä, että osastolla luotaisiin enemmän kirjaamiskäytänteitä, joita hoitohenkilökunta kirjattaessa noudattaisi. Kirjaamisessa voisi käyttää apuna valmiita mallisuunnitelmia, joista hoitaja voisi valita potilaalle parhaiten sopivan. Mallisuunnitelmassa olisi valmiina jo tietyt, mahdollisesti kirjaamisessa eniten käytetyt pää- ja alaluokat, joiden alle tulisi vain täydentää sopiva vapaa teksti. Mallisuunnitelmaa voisi muokata tarvittaessa potilaan hoidon kannalta sopivammaksi, mutta se takaisi sen, että ainakin hoitosuunnitelman pää- ja alaluokat olisivat yhdenmukaiset.

7.2 Hyöty yhteistyökumppaneille

Tämän työn tarkoituksena on tuottaa tietoa osasto 4b:n rakenteisen kirjaamisen osaamisesta, jonka avulla osasto voi kehittää hoitotyön kirjaamista yhä edelleen. Työn tutkimustuloksista selviää, miten hoitoprosessin eri vaiheet näkyvät kirjaamisessa sekä se, nouseeko potilaan toimintakyky esille hoitoprosessin eri vaiheissa. Lisäksi selviää liittyykö päivittäiskirjaaminen luontevana osana hoitosuunnitelmaan. Näiden tulosten pohjalta voidaan tulevaisuudessa rakenteisen kirjaamisen osalta miettiä mahdollisia lisäkoulutuksia hoitohenkilökunnalle ja luoda uusia yhteisiä sopimuksia kirjaamisen suhteen, joiden myötä hoitohenkilökunnan rakenteisen kirjaamisen osaaminen sekä kirjaaminen sisällöltään kehittyisivät ja yhdenmukaistuisivat yhä edelleen. Tulosten myötä tiedetään tarkalleen mikä osa-alue kirjaamisessa kaipaava edelleen kehittämistä, jolloin lisäkoulutus osataan suunnata juuri oikeisiin kohteisiin. Tutkimustuloksen avulla tuotetaan tietoa rakenteisen kirjaamisen osaamisesta osastolla 4b ja tämän tiedon avulla voidaan kehittää hoitotyön rakenteista kirjaamista edelleen sekä antaa lisäpuhtia sen haasteiden kohtaamiseen ja niistä selviämiseen.

Työskentely oppilaitoksen ja työelämän välillä on antoisaa, sillä siitä hyötyvät molemmat osapuolet. Opiskelijat tutkivat työelämässä esiintyviä käytänteitä, joihin he lisäävät omaa tietoaan ja näkökantaansa ja lopulta työelämä saa uutta tietoa käyttöönsä. Tällaisessa kumppanuudessa osapuolet jakavat ja vastaanottavat uutta tietoa molemmin puolin, jolloin myös hyöty on molemminpuolista. Tarkoituksena on juurruttaa työelämän tarpeisiin hoitotyötä, joka perustuu näyttöön.

8 POHDINTA

8.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen kuluessa tutkija kohtaa useita eettisiä kysymyksiä ja niiden ratkominen on tärkeää, sillä ne koskettavat myös niitä, jotka lopulta hyödyntävät tutkimuksen tuloksia. Aivan aluksi valitaan tutkimuskohde, jonka valinta herättää jo eettisiä kysymyksiä. Tulee miettiä mitä tutkitaan ja mitä jätetään tutkimuksen ulkopuolelle. Lähtökohta tutkimuskohteen valinnalle tulisi olla se, että tutkittava asia on tieteellisesti mielekäs ja perusteltu. Määriteltäessä tutkimuksen aihetta ja tutkimusongelmaa tulee huomioida, ettei se loukkaa ketään tai esitä väheksyviä ilmaisuja esimerkiksi jostain ihmisryhmästä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 365.) Tutkimustulosten julkaisemisessa tulee kiinnittää huomiota, että raportointi on avointa ja rehellistä (Paunonen, Vehviläinen & Julkunen 1998, 31).

Tutkijan eettiset ratkaisut ja tutkimuksen uskottavuus kulkevat käsi kädessä. Tutkimuksen tekijällä tai tutkimusryhmällä ja tutkimusyksikön johtajalla on vastuu hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta ja tutkimuksen rehellisyydestä. Tutkijan tulee ottaa huomioon muiden tutkijoiden työt ja saavutukset asianmukaisella tavalla kunnioittamalla näiden työtä ja antamalla niille kuuluvan merkityksen omassa tutkimuksessaan. Lähdeviitteillä tulisi aina viitata aikaisempiin tutkimustuloksiin ja tutkimustuloksista ja käytetyistä menetelmistä tulisi raportoida selkeästi. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 133.) Olen työssäni käyttänyt aina lähdeviitteitä lainatessani toisen tekijän tekstiä. Lisäksi olen kirjannut kaikki työssäni käyttämät lähteet lähdeluetteloon.

Laadullista tutkimusta tehdessä on huolehdittava, että mahdollisimman monipuolinen laatu nousee esille. Tietolähteiden valinnassa tulee miettiä, mihin ongelmaan halutaan saada vastaus ja niiden valinta on ratkaiseva, kun halutaan varmistaa tutkimuksen yleinen ja eettinen luotettavuus. Tietolähteiden valinnassa tulee myös arvioida eettisyyttä ja miettiä onko tietolähteiden määrä ja laatu riittävää. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 366.) Tässä työssä olen käyttänyt laajasti tietolähteitä ja olen hakenut niitä monipuolisesti eri tietokannoista. Olen karsinut mielestäni kaiken turhan tiedon pois tietolähteistä ja lähdeluettelosta löytyy vain työn aiheeseen liittyviä tietolähteitä. Työssäni olen käyttänyt myös samaa aihetta sivuavia teoksia, joka mielestäni lisää työn luotettavuutta. Alkuperäislähteiden runsaampi käyttö olisi puolestaan nostattanut työn luotettavuutta entisestään. Työn teoreettinen viitekehys avaa työn taustatietoja ja se on monipuolinen, sillä olen kuvannut siinä aiheeseeni liittyviä käsitteitä sekä rakentanut sen hyödyntäen useita tietolähteitä. Vieraskielisten tietolähteiden käyttö lisää myös osaltaan työn luotettavuutta. Mielestäni tämä loppuraportti etenee loogisesti antaen tarkan kokonaiskuvan tutkimusprosessista.

Tutkimusaineiston keruussa on huomioitava tutkittavien ihmisten oikeudet ja heitä tulee kohdella kunnioittavasti ja rehellisesti (Leino-Kilpi & Väkimäki 2008, 366). Työni tutkimusaineisto koostuu potilasaineistosta, joka sisältää 15 potilasasiakirjaa. Aineistosta on poistettu kaikki potilaiden tunnistetiedot. Ainoastaan ikä ja sukupuoli ovat tunnistettavissa. Tässä tapauksessa tutkittaville tulisi taata anonymiteetti eli heidän henkilötietojaan ei paljasteta (Leino-Kilpi & Väkimäki 2008, 367). On erittäin tärkeää huolehtia, että kaikki potilaiden tunnistetiedot poistetaan dokumenteista ennen kuin aineisto luovutetaan tutkittavaksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 179). Eettiseksi ongelmaksi tässä tapauksessa nousee se, ettei kaikkia tunnistetietoja ole piilotettu, sillä ikä ja sukupuoli ovat aineistosta tunnistettavissa. Raportissa en ole kuitenkaan käyttänyt suoria lainauksia aineistosta, jossa tunnistetiedot näkyisivät. Myös se, etteivät potilaat ole hoitosuhteen aikana tiedneet omien tietojensa päätyvän tutkimuskohteeksi, on tutkimuseettisesti haasteellinen asia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 179).

Olen käyttänyt aineiston analysoinnissa sisällönanalyysia tutkimusmenetelmänä. Mielestäni valitsemani tutkimusmenetelmä sopii hyvin tutkimusaiheeni aineiston analysointiin. Sisällönanalyysimenetelmällä olen kuvannut aineiston sisältöä sanallisesti eli tutkimus on laadullinen. Olen tulkinut aineistoa avoimesti sekä esittänyt suoria lainauksia alkuperäishavainnoista, jotka esiintyvät dokumenteissa. Tutkimustulokset olen esittänyt myös osittain taulukoiden avulla. Analysoimalla tutkimusaineistoa sisällönanalyysimenetelmän periaatteiden mukaisesti saamani tutkimustulokset ovat luotettavia ja antavat vastaukset asettamiini tutkimuskysymyksiin.

8.2 Itsearviointi

Opinnäytetyö prosessina on ollut haastava, mutta myös erittäin mielenkiintoinen. Tämä on minun ensimmäinen kokemukseni näin ison kirjallisen työn tekemisestä. Koko prosessi on ollut minulle opetus, miten yhteistyö toisen ihmisen kanssa ei aina ole niin helppoa ja myös siitä, kuinka tärkeää on suunnitella työ ja sen aikataulu hyvin.

Työn teoriaosuus on myös ollut haastava, sillä rakenteinen kirjaaminen entuudestaan oli minulle vieras aihe, vaikka käytännössä olin sitä jo jonkin verran toteuttanutkin. Aluksi tuli miettiä mikä on tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet, jotka olivat jo käsitteinä hankala erottaa toisistaan. Tarkoituksen ja tavoitteiden asetteluun sain apua opettajilta. Teoreettisen viitekehyksen rakentaminen ja lähdekirjallisuuden etsintä vei aikaa. Tuli myös miettiä, mitä tietoa haluan tuoda esille teoriaosuudessa ja minkä tiedon jätän kokonaan pois. Myös loppuraportin kulkua ja kappaleiden sijoittelua tuli miettiä, jotta raportti etenisi loogisesti. Otin huomioon myös aikaisemmin eNNi-hankkeen myötä valmistuneet opinnäytetyöt ja niiden sisällöt. Mielestäni sain hyvin kerättyä lähdekirjallisuutta, vieraskielisten tutkimusten löytämi-

nen tosin oli haastavaa, vaikka monesta eri tietokannasta etsinkin. Lopulta olen kuitenkin tyytyväinen löytämäni aineistoon ja työn teoreettiseen osuuteen.

Tutkimusosioon siirtyessäni seuraava hankala asia oli valitsemani tutkimusmenetelmä, sisällönanalyysi, joka ei ollut minulle entuudestaan tuttu. Onneksi aiheesta löytyi kuitenkin hyvin kirjallisuutta, jota käytin apunani tutkimusosioita tehdessä. Sisällönanalyysi on menetelmänä laadullinen, joten sen käyttäminen oli aluksi melko vierasta, mutta tutustumalla tarkemmin menetelmään, se alkoi tuntua selkeämmältä. Tutkimuskysymyksiä laatiessa, poimin asioita myös aikaisemmin valmistuneen opinnäytetyön kehittämisehdotuksista. Lyhyiden ja selkeiden tutkimuskysymyksien asettelu vaati myös paljon miettimistä.

Pysyin mielestäni hyvin asettamassani aikataulussa ja loppuraportin kirjoittaminen eteni sujuvasti. Sen kirjoittamiseen sain apuja opettajilta, koululta sekä opiskelutovereilta. Olin vastuussa yksin työni etenemisestä, joka oli aluksi myös haastavaa, mutta koen sen myös erittäin antoisana kokemuksena ja hyödyllisenä etenkin tulevaisuutta ajatellen.

LÄHTEET

- eNNI:n osaamisen kehittämissuunnitelma vuodelle 2008-2009. 2008. [www-dokumentti]
<http://www.amk.fi/eni/osaamisenkehittaminen_6/osaamisenkehittamissuunnitelma20082009_13.html> Viitattu 20.1.2012
- Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Sipoo.
- Ensio, A. 2007. Potilaskertomuksen tietoturvaratkaisut. Teoksessa Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A-L. 2007. WSOY. Oppimateriaalit. Porvoo.
- Ensio, A. 2007. Päätöksenteon prosessimalli hoitotyössä. Teoksessa Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A-L. WSOY. Oppimateriaalit. Porvoo.
- Hallila, L. 2005. Näyttöön perustuva hoitotyö. Tammi. Keuruu.
- Hassinen, T. 2003. Iäkkään potilaan voimavaroja tukevat hoitotyön auttamismenetelmät. Pro gradu- tutkielma. Kuopion yliopisto.
- Hankekuvaus. 2008. eNNi- hanke. [PDF-dokumentti]
<http://www.amk.fi/material/attachments/vanhaamk/5AHx0Fv5h/5ASpPawbM/eNNi-hankkeen_kuvaus.pdfv> Viitattu 14.09.2011
- Honkimaa- Salmi, A. 2006. Sähköisen potilastietojärjestelmän tulo terveydenhuoltoon hoito- henkilökunnan kokemana. Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto.
- Hukkanen, A. & Malin, L. 2011. Rakenteisen kirjaamisen osaamisen kehittäminen- alueprojektin loppuraportti. Opinnäytetyö. Laurea ammattikorkeakoulu.
- Hägg, T., Heinonen, T. & Niiniö, H. 2006. KOTOSA. Kotona asumisen tukeminen osaamista levittämällä. Laurea Ammattikorkeakoulu. Vantaa.
- Ikonen, H. 2008. eNNi. Etusivu. [www-dokumentti]<<http://www.amk.fi/eni/index.html>> Viitattu 20.1.2012
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2.painos. WSOY. Juva.
- Kallioinen, O. 2008. Laurea-ammattikorkeakoulun julkaisusarja A 61. Oppiminen Learning by Developing-toimintamallissa. [www-dokumentti]
<<http://markkinointi.laurea.fi/julkaisut/a/a61.pdf>> Viitattu 24.1.2012
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOY. Helsinki.
- Kauppinen, J. & Palomäki, M. 2010. Rakenteinen kirjaaminen hoitotyössä- miten voimavaraistava hoitotyö ilmenee päivittäiskirjaamisissa. Opinnäytetyö. Laurea ammattikorkeakoulu.
- Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. WSOY. Helsinki.

L=9.2.2007/159. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. [www-dokumentti] <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>> Viitattu 24.1.2012

Laari, M. 2007. Pitkäaikaishoidossa olevien dementiapotilaiden terveyden edistäminen. Pro gradu tutkielma. Kuopion yliopisto.

Laine, E-K. 2008. Rakenteinen hoitoyön sähköinen kirjaaminen hoitohenkilöstön kokemana. Pro gradu- tutkielma. Kuopion yliopisto.

Lauri, S., Eriksson, E., & Hupli, M. 1998. Hoidollinen päätöksenteko. WSOY. Juva.

Laverack, G. 2004. Health promotion practice. Power & Empowerment. SAGE Publications. London. Thousand Oaks. New Delhi.

Leino- Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. WSOY. Helsinki.

Liljammo, P. Kaakinen, P. & Ensio, A. 2008. Opas FinCC- luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. [PDF-dokumentti] <http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/A20CD2AC-379F-4E11-8B52-2651B90C094D/13507/FinCC_OHJEKIRJA_VERSION_1_0_final_a.pdf> Viitattu 10.5.2011.

Luoma, M-L. 2007. Toimintakykyä tukeva hoitotyö. Teoksessa Lehtoranta, H., Luoma, M.-L. & Muurinen S. (toim.) Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke. Loppuraportti 2007. Stakesin raportteja 19/ 2007

Paavilainen, P. 2002. Ikääntyneiden hyvä fyysinen toimintakyky. Pro gradu - tutkielma. Tampereen yliopisto.

Paunonen, M. & Julkunen- Vehviläinen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Tampere

Remes, K-M. 2006. Rakenteisesti kirjattu tieto hoitopalautteissa. Pro gradu- tutkielma. Kuopion yliopisto.

Rissanen, L. 1999. Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Yli 65-vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveyspalvelujen koettu tarve. Oulun yliopiston kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. [PDF-dokumentti] <<http://herkules.oulu.fi/isbn9514254414/isbn9514254414.pdf>> Viitattu 10.8.2011

Roukema, J., Los, R., Bleeker, S., van Ginneken, A., van der Lei, J. & Moll, H. 2006. Paper versus computer: feasibility of an electronic medical record in general pediatrics. Pediatrics Volume 117. Number 1. 15-21.

Räty, S. 2003. Measurement of physical functioning in comprehensive national health surveys. Pro gradu - tutkielma. Tampereen yliopisto.

Saba, V. 2007. Clinical care classification (CCC) system manual: a guide to nursing documentation. Springer publishing company. New York.

Salo, A-M. 2002. Hoitotyöntekijän voimavarat kotisairaanhoidossa ja yhdistetyssä kotihoidossa. Pro gradu- tutkielma. Kuopion yliopisto.

Siitonen. J. 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulun opettajankoulutuslaitos. Oulun yliopisto. [www-dokumentti] <<http://herkules.oulu.fi/isbn951425340X/html/index.html>> Viitattu 24.1.2012

Silius, K. 2005. Sisällönanalyysi.[PDF-dokumentti]
<http://matwww.ee.tut.fi/hmopetus/hmjatkosems04/liitteet/JOS_hypermedia_Silius150405.pdf> Viitattu 24.1.2012

Sosiaali- ja terveysministeriö.2004.Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien valtakunnallinen määrittely ja toimeenpano.[PDF-dokumentti]
<<http://pre20090115.stm.fi/pr1074496951603/passthru.pdf>> Viitattu 10.08.2010.

Sosiaali- ja terveysministeriö.2004.Sähköisen potilaskertomuksen yhdenmukaiset rakenteiset ydintiedot- Loppuraportti.[PDF-dokumentti] <http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/00BDBB83-AEE0-467B-949C-EB73DFE12704/1308/osve5_04.pdf> Viitattu 09.08.2011

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. STM:n palaute VTV:n tarkastuskertomusluonnokseen 341/54/2008. [www-dokumentti]
<http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2664824&name=DLFE-14112.pdf> Viitattu 24.1.2012

Sonninen, A-L. 2007. Hoitotiedon systemaattinen kirjaaminen. Teoksessa Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Saranto, K., Ensio, A., Tanntu. K. & Sonninen, A-L. 2007. WSOY. Opimateriaalit. Porvoo.

Syväoja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Tammi. Helsinki.

Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi. Helsinki.

Varsinaissuomen sairaanhoitopiiri. 2005-2008. Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke. HoiDok-hanke. Loppuraportti osa 1. [PDF-dokumentti]

Volotinen, L. 2008. Hoitotyön sähköisen kirjaamisen kehittäminen vertaisarvioinnin avulla. Pro gradu- tutkielma. Kuopion yliopiston hoitotieteen laitos.

Väänänen, A. 2008. Kivun hoidon kirjaaminen sähköisessä hoitokertomuksessa. Pro gradu- tutkielma. Kuopion yliopisto terveyshallinnon- ja talouden laitos.

Julkaisematon:

Rantaharju, H. 2011. Taulukko: Koulutuksien ja projektikokouksien aikataulu. Email helena.rantaharju@vantaa.fi. 16.11.2011.

Rataharju, H. 2011. Kirjaamiskäytänteet. Email helena.rantaharju@vantaa.fi. 16.11.2011

IITTEET

LIITE 1

FinCC 2.0.1. - komponentit

FinCC 2.0.1. - luokituksen komponentit ja niiden sisällöt lyhyesti

KOMPONENTTI

KOMPONENTIN KUVAUS

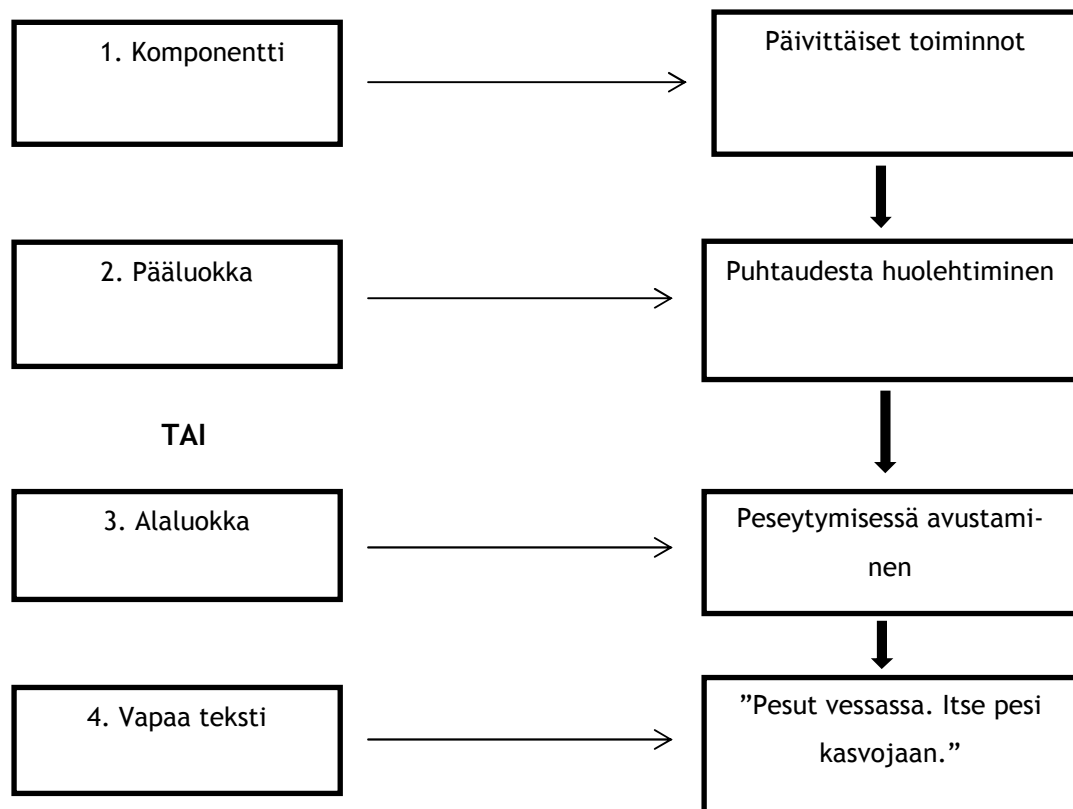
AKTIVITEETTI	Aktiviteetin sekä uni- ja valvetilan muutokset
ERITTÄMINEN	Ruuan sulatukseen, virtsateiden toimintaan, verenvuotoon ja muuhun erittämiseen liittyvät osatekijät
SELVIYTYMINEN	Yksilön ja perheen kyky käsitellä ongelmia tai sopeutua niihin sekä hoitaa velvollisuudet tai tehtävät
NESTETASAPAINO	Elimistön nestemäärään ja nestetasapainoon liittyvät osatekijät
TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN	Terveysten edistämiseen liittyvät osatekijät
TERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÖ	Palvelutapahtuman aikana tarvittaviin asiantuntijapalveluihin, tutkimuksiin ja näytteiden ottoon liittyvät osatekijät
LÄÄKEHOITO	Lääkkeiden käyttöön ja lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät osatekijät
RAVITSEMUS	Ravinnon ja ravintoaineiden turvaamiseen liittyvät osatekijät
HENGITYS	Kauhkojen toimintaan liittyvät osatekijät
KANSSAKÄYMINEN	Yksityisyyteen ja yhdessäoloon liittyvät osatekijät
TURVALLISUUS	Sairauden tai hoitoympäristön aiheuttamat turvallisuusriskit
PÄIVITTÄISET TOIMINNOT	Omatoimisuuteen liittyvät osatekijät
PSYKKINEN TASAPAINO	Psyykkisen tasapainon saavuttamiseen vaikuttavat osatekijät
AISTITOIMINTA	Aistien toimintaan liittyvät osatekijät
KUDOSEHEYS	Lima- ja sarveiskalvojen sekä ihon ja ihonalaisten kerrosten kuntoon liittyvät osatekijät
JATKOHOITO	Hoidon päättämiseen, potilaan kotiutumiseen tai hoitopaikan vaihtumiseen liittyvät osatekijät
ELÄMÄNKAARI	Elämän vaiheisiin liittyvät osatekijät
VERENKIERTO	Eri elinten verenkiertoon ja neurologisiin muutoksiin liittyvät osatekijät
AINEENVAIHDUNTA	Endokriiniseen ja immunologiseen järjestelmään liittyvät osatekijät

Taulukko 1: Liljamo ym. FinCC- luokituskokonaisuuden käyttöopas 2008

LIITE 2

Pää- ja alaluokat

Tähän kuvioon olen laittanut esimerkin yhdestä komponentista ja sen pää- ja alaluokista sekä vapaasta tekstistä. Ensin valitaan sopiva komponentti, jonka alta valitaan sopivin pää- tai alaluokka. Hoitaja täydentää pää- tai alaluokkaa vapaalla tekstillä, kuten alla olevassa kuviossa näkyy.



LIITE 3

Koulutukset Katriinan sairaalassa

3.6.2009 koulutus Katriinan

sairaalassa koko sairaalan hoitohenkilökunnalle, aiheena oli kirjaamiseen liittyvät asiat

4.9.2009 osastotunti 4B:llä kirjaamisen ohjeistukseen liittyen

10.9.2009 alueprojektikokous Katriinan sairaalassa osastolla 4b

14.9.2009 1. osasto 4b:n koulutus kuntoutumista edistävästä toimintatavasta. Toimintakyky ja voimara sekä Munnu-
kan voimavaraistava yhteistyösuhteen malli oli esillä.

21.9.2009 2. koulutus/os.tunti, case 1-teoreettisen mallin työstäminen

25.9.2009 sh-opiskelijoita tutustumassa gfs- järjestelmään kirjaamiseen kahden potilas-casen pohjalta

28.9.2009 sh-opiskelijoita tutustumassa gfs- järjestelmään kirjaamiseen kahden potilas-casen pohjalta

1.10.2009 osastotunti ideointipalaverin merkeissä. Mukana kirjaamisvastaavat ja osastonhoitaja

12.10.2009 osasto 4b:n koulutus Katriinan sairaalassa. Potilaan hoitosuunnitelman laatiminen GFS-järjestelmään

23.10.2009 projektikokous eNNI - aluehankkeen rakenteellisen osaamisen kehittämisen suunnitelmasta

26.10.2009 4. koulutus/os.tunt, esimerkkipotilaan hoitotyön suunnitelman työstäminen (osaston henkilökunnan vastuulla)

10.11.2009 5. koulutus/os.tunti, esimerkkipotilaan hoitotyön suunnitelman työstäminen

9.12. 2009 valtakunnallinen eNNi-seminaari työeämään liittyen, osallistujina oh Helena Rantaharju ja ph Sirpa Liuk-
konen Katriinan sairaalasta

1.1.2010-30.9.2010 kirjaamiskoulutukset koko hoitohenkilökunnalle n. kerran kuussa koskien kirjaamisen sisältöä
voimavara- ja lähtöisesti, rakenteinen kirjaaminen koko ajan mukana

11.10.2010 eNNi-hankkeen päätösseminaari Tikkurilan Laureassa. Osallistujina olivat hankkeessa mukana olevien
sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden sekä ammattikorkeakoulujen edustajat, hankkeen yhteistyökumppa-
neiden ja sidosryhmien edustajat, sosiaali- ja terveydenhuollon ohjelmistoja tuottavien ja kehittävien organisaatioi-
den edustajat sekä median edustajat.